

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 49

DE

L'OCCLUSION INTESTINALE

AU COURS DE L'APPENDICITE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 15 Janvier 1908

PAR

Louis-Pierre ARNÉ

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Bordeaux (Gironde), le 13 mars 1884.

Examineurs de la Thèse	{	MM. LANDE,	professeur.....	<i>Président.</i>
		DENUCE,	professeur.....	
		ABADIE,	agrégé.....	{ <i>Juges.</i>
		GUYOT,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

Y. CADORET, IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1908



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546410_0048

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 49

DE
L'OCCLUSION INTESTINALE
AU COURS DE L'APPENDICITE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 15 Janvier 1908

PAR

Louis-Pierre ARNÉ

ELÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Bordeaux (Gironde), le 13 mars 1884.

Examineurs de la Thèse

{	MM. LANDE,	professeur.....	<i>Président.</i>
	DENUCE,	professeur.....	
	ABADIE,	agrégé.....	<i>Juges.</i>
	GUYOT,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Y. CADORET, IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITE
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1908



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } MASSE..... }		Professeurs honoraires.	
MM.		MM.	
Clinique interne.....	{ PICOT. PITRES.	Physique biologique et élec- tricité médicale.....	BERGONIÉ.
Clinique externe.....	{ DEMONS. LANELONGUE.	Chimie.....	BLAREZ.
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	VERGELY.	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Pharmacie.....	DUPOUY.
Médecine opératoire.....	VILLAR.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Clinique d'accouchem ^{ts} ..	LEFOUR.	Médecine expérimentale...	FERRÉ.
Anatomie pathologique.	COÛNE.	Clinique ophtalmologique..	BADAL.
Anatomie.....	GENTES (chargé)	Clinique chirurgicale infan- tile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.	Clinique gynécologique...	BOURSIER.
Physiologie.....	JOLYET.	Clinique médicale des mala- dies des enfants.....	MOUSSOUS.
Hygiène.....	LAYET.	Chimie biologique.....	DENIGÈS.
Médecine légale.....	L. LANDE.	Physique pharmaceutique..	SIGALAS.
		Pathologie exotique.....	LE DANTEC.

PROFESSEURS-ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	RÉGIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR. CABANNES.		MM. VERGER. ABADIE.		M. CRUCHET.
---------------------------	--	------------------------	--	-------------

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe..	{ MM. BÉGOUIN. VENOT. GUYOT.	Accouchements....	{ MM. ANDÉRODIAS. PERY.
----------------------	------------------------------------	-------------------	----------------------------

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	{ MM. GENTES. CAVALIÉ.	Histoire naturelle.....	{ MM. BEILLE. MANDOUL.
Physiologie.....	GAUTRELET.		

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH.		Pharmacie.....	{ MM. BARTHE. LABAT.
-------------	------------	--	----------------	-------------------------

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA FAMILLE — A MES AMIS

A MONSIEUR ET MADAME CHARLES GRUET

A mes amis,

MESSIEURS LES DOCTEURS G. LAURÈS, A. OLIVEAU,
H. LAJUS, ALTHABEGOÏTY, CH. ALLARY

A MES CAMARADES

DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUEMIN

*Directeur du Service de Santé de la Marine,
Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

*Médecin en chef de 2^e classe de la Marine,
Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

A MES MAITRES

DE LA MARINE, DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX
(Rochefort-Bordeaux)

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. VENOT

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Officier d'Académie.*

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR LANDE

*Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

La tradition veut que la première page d'une thèse inaugurale soit consacrée à des remerciements. C'est avec plaisir que nous nous conformons à cette tradition, car c'est pour nous un agréable devoir à remplir que celui de remercier tous ceux qui se sont intéressés à nous dans le courant de nos études médicales.

Notre reconnaissance va tout d'abord à ceux qui guidèrent nos premiers pas dans la médecine, à nos professeurs de l'Ecole de Rochefort, MM. les D^{rs} Etourneau, Robert, Cairon, médecins de la Marine, et particulièrement à M. le D^r Brochet, qui nous enseigna avec tant de bienveillance les éléments de la séméiologie.

A Bordeaux, nous remercions MM. les Professeurs de l'Ecole principale du service de santé de la marine et MM. les Professeurs de la Faculté, de leurs enseignements.

Dans nos stages successifs, chez MM. les professeurs Arnozan, Demons, Moure, Denucé, Lagrange, nous avons appris à aimer des maîtres aussi dévoués pour leurs élèves que bons pour leurs malades.

Pendant quelques mois, malheureusement trop courts, nous avons pu profiter des cliniques si agréables et si pleines d'enseignements de M. le professeur agrégé Cabannes; qu'il reçoive ici l'expression de notre reconnaissance.

M. le professeur agrégé Venot, toujours si bienveillant pour nous, nous a suggéré l'idée de ce travail inaugural. Qu'il nous

excuse de mettre son nom en tête d'un ouvrage aussi peu digne de lui, mais qu'il en reçoive la dédicace comme gage de notre profonde gratitude.

M. le professeur Lande voulut bien nous recevoir dans son laboratoire. Nous ne pourrons jamais assez remercier ce maître éminent qui n'a cessé de nous donner des marques de sa bienveillance. M. le professeur Lande nous fait aujourd'hui l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale. Nous le prions d'agréer ici l'assurance de notre reconnaissance et de notre respect.

DÉ

L'OCCLUSION INTESTINALE

AU COURS DE L'APPENDICITE

INTRODUCTION

Ayant eu à traiter un cas d'occlusion intestinale au cours d'une appendicite, M. le professeur agrégé Venot nous a suggéré l'idée d'étudier cette question pour notre thèse inaugurale. C'est une complication rare : à peine en trouve-t-on une soixantaine d'exemples dans la littérature médicale. Mais si elle est rare c'est néanmoins une complication extrêmement grave et qui n'a été bien connue que de nos jours. Il n'y a pas plus de sept ou huit ans, en effet, que la relation de cause à effet s'est établie dans l'esprit des praticiens entre la bride qui avait déterminé l'occlusion et l'appendicite qui avait amené la formation de cette bride. Qui eût supposé qu'un diverticulum, dont le rôle physiologique paraissait et paraît encore effacé, pût faire tant de mal, qu'une petite cause pût produire de si grands effets ?

C'est pourquoi cette étude nous a paru intéressante et cela d'autant plus que les traités classiques ne font que la signaler et que peu de travaux ont été faits à ce sujet.

Nous n'entrerons pas, bien entendu, dans tous les détails de la pathologie de l'occlusion intestinale et de l'appendicite. Ils sont parfaitement connus et nous ne pouvons rien ajouter de nouveau. Nous insisterons seulement sur les caractères particuliers de cette variété d'occlusion en ne faisant que signaler quelques notions générales connues de tous, mais nécessaires pour que notre étude soit complète. Nous avons rassemblé les matériaux épars dans la littérature pour essayer de faire une mise au point de la question.

Nous avons divisé notre travail en six parties :

Chapitre I. Historique.

Chapitre II. Etiologie.

Chapitre III. Anatomie et physiologie pathologique. Pathogénie.

Chapitre IV. Signes cliniques particuliers. Evolution. Diagnostique. Pronostic.

Chapitre V. Observations.

Chapitre VI. Traitement.

Enfin suivront les conclusions qui se dégagent de notre étude.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Nos connaissances sur l'appendicite sont de date assez récente. Jusqu'en 1888, la typhlite régnait encore en souveraine et c'était à cette typhlite stercorale, à cet engorgement fécal, à cet engouement, suivant l'expression consacrée, que l'on imputait la plupart des accidents connus aujourd'hui pour avoir comme origine non pas le cœcum mais l'appendice cœcal. C'est cependant depuis longtemps que l'on sait que l'appendice vermiculaire est capable à lui seul, et tout comme le diverticule de Meckel, d'être cause d'une interruption dans le cours des matières en s'enroulant autour de l'intestin et en déterminant ainsi des nœuds plus ou moins compliqués.

Parise, en 1850, dans une communication à la Société de médecine, passe en revue les différentes formes de nœuds et en fait une classification un peu complexe.

En 1859, Duchaussoy présente à l'Académie de médecine une statistique faite sur 518 cas d'occlusion intestinale et on trouve que sur 193 étranglements, l'appendice était incriminé seize fois.

Dans cette statistique, son auteur fait remonter la date de la première observation qu'il publie à 1819. Corivaud, en 1873, ajoute à cette statistique deux cas nouveaux. Enfin, en 1893, Chognon, dans sa thèse inaugurale, trouve éparses dans la science une dizaine d'observations nouvelles non citées par les précédents.

En 1903, M. le Dr Lapeyre communique au congrès de chi-

rurgie un nouveau cas d'étranglement intestinal par appendicite.

Bien avant que l'appendicite ne fût à l'ordre du jour, on avait vu le vermium étranglant lui-même l'intestin, l'organe était connu, son rôle direct, comme agent d'occlusion était donc facile à saisir. Mais, ce qu'on ne voyait pas alors, c'était la responsabilité de l'appendice, lorsque celui-ci, par son inflammation, avait donné naissance à des brides, à des adhérences péritonéales, qui devenaient à leur tour la cause d'une interruption dans le cours des matières intestinales.

« On entre ici dans le domaine des faits, sinon tout à fait nouveaux, tout au moins récents. Il n'y a pas plus de sept ou huit ans que la relation de cause à effet s'est établie dans l'esprit des praticiens entre la bride qui avait déterminé l'occlusion et l'appendicite qui avait amené la formation de cette bride ». (Folliot.)

Les adhérences comme les brides ont une origine commune et comme pour elles, en restant, bien entendu, dans le domaine des occlusions, leur relation possible avec l'appendicite n'a été établie que dans ces dernières années.

CHAPITRE II

Etiologie.

Lorsqu'on regarde, dans un traité classique, le paragraphe concernant l'étiologie des occlusions, on voit que l'étranglement peut être dû, en particulier, « à des brides, traces d'anciennes péritonites ». On est surpris, à ce sujet, de ne pas voir les auteurs remonter, dans la recherche des causes, au delà de la péritonite. Car cette péritonite, à moins de cas spéciaux tels que traumatisme, bacillose, etc., est rarement primitive. Elle n'est donc pas la cause dernière de l'iléus, elle n'est qu'une cause intermédiaire et c'est derrière elle que gît le vrai coupable.

« Peyrot, dans sa thèse d'agrégation, attribue la formation des brides à des péritonites puerpérales, traumatiques, consécutives à la typhlite, etc.; il ne note pas l'appendicite; il est vrai qu'il écrit en 1880 » (Folliot). Cependant il constate la fréquence de ces brides dans la fosse iliaque droite.

D'ailleurs, si l'on examine les causes les plus fréquentes de péritonite, on voit que chez l'homme, l'appendicite est très souvent incriminée. Chez la femme, en première ligne, viennent l'utérus et les annexes; mais alors il existe plutôt des pelvi-péritonites dont les effets de compression, lorsqu'ils se manifestent, tendent à s'exercer vers la région de l'S iliaque. En seconde ligne, après les organes génitaux, vient encore le vermis.

« L'appendicite, dit Voronoff, supporte à elle seule la responsabilité d'un grand nombre de péritonites; elle a contribué pour une part considérable à dévoiler, pour ainsi dire, aux chirurgiens les infections péritonéales; on peut dire qu'en décou-

vrant l'une, on a découvert les autres; à l'heure actuelle, ces deux affections sont inséparables et, au point de vue thérapeutique, presque synonymes. On n'intervient presque jamais pour une appendicite pariétale simple, sans avoir une péritonite appendiculaire localisée ou généralisée ».

Entre cette fréquence des péritonites appendiculaires et la fréquence des occlusions par brides péritonéales, il y a certainement un rapprochement à faire et on peut dire que les brides, résultat d'une péritonite appendiculaire, doivent être aussi souvent agents constricteurs que l'appendice lui-même.

Cependant l'occlusion intestinale par appendicite est un accident relativement rare, si l'on considère que l'on n'en trouve qu'une soixantaine d'exemples dans toute la littérature médicale, alors que l'appendicite y figure en nombre incalculable. On rencontre souvent de la constipation tenace chez les malades atteints d'appendicite, mais rarement à un degré tel qu'on soit obligé d'intervenir. Cette rareté tient probablement à ce que l'occlusion est, dans la plupart des cas, un accident tardif et ne peut se produire parce que l'appendicite a été opérée pour d'autres accidents plus rapides et plus habituels ou parce qu'elle entre en voie de régression sous l'influence d'un traitement approprié.

Les accidents d'occlusion apparaissent comme l'appendicite aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte ou le vieillard. Tous les âges de la vie paient leur tribut à l'appendicite, il faudra qu'ils le paient aussi à ses complications.

Il est bon de savoir aussi que ces occlusions apparaissent à n'importe quel moment de l'évolution de l'appendice. De vieilles, de très vieilles lésions causées par une appendicite, de vieilles brides, de vieilles adhérences pourront, un jour, déterminer des phénomènes d'occlusion aussi bien qu'une première crise appendiculaire.

On trouve dans la littérature médicale des exemples frappants de ces accidents à longue échéance. M. Chavannaz communique (*in thèse Folliot*) une observation où ce n'est que dix-sept ans après la première attaque d'appendicite que l'iléus s'est pro-

duit. M. Le Fort en communique une autre où le laps de temps est encore plus considérable; un demi-siècle s'est écoulé entre les phénomènes occlusifs et les accidents infectieux initiaux.

Il est bon de ne pas oublier aussi que l'appendicite n'a pas que des effets localisés à la région iléo-cœcale, que, à la manière des abcès métastatiques, son inflammation est propagée à distance dans tout l'organisme et, en particulier, à distance dans la cavité abdominale, créant de la sorte des lésions secondaires discontinues avec la lésion initiale. Une bride, une adhérence causes d'un étranglement plus ou moins compliqué dans son mécanisme et siégeant dans la fosse iliaque gauche n'excluent pas la mise en cause du vermium.

Dans certaines formes d'occlusion où l'appendice lui-même est agent constricteur en s'enroulant autour de l'intestin, les dimensions de l'organe jouent un certain rôle étiologique, car ce mécanisme implique une certaine longueur de l'appendice. Mais si certains appendices peuvent atteindre et dépasser 20 centimètres, comme la longueur moyenne du vermium est de 9 centimètres avec un écart normal de 6 à 12, on comprendra que ce mode de striction doit être assez rare, tous les appendices un peu longs n'étant pas destinés à devenir des causes d'occlusion pour les sujets qui en sont porteurs.

En résumé, l'iléus dynamique de cause appendiculaire pourra donc affecter différentes formes : tantôt la compression sera voisine de l'angle iléo-cœcal, tantôt elle en sera plus ou moins éloignée; tantôt l'appendicite et l'occlusion coexisteront, tantôt enfin l'occlusion suivra à plus ou moins longue échéance.

Accidents à distance dans l'espace et dans le temps, tout est possible.

CHAPITRE III

Anatomie et physiologie pathologique. Pathogénie.

L'occlusion intestinale par l'appendicite se produit par des mécanismes divers. L'appendice lui-même peut agir seul comme agent constricteur, des brides ou des adhérences développées au niveau ou à distance du foyer de l'appendicite peuvent étrangler ou couder l'intestin, des abcès appendiculaires collectés sous une certaine tension, des masses de fausses membranes et d'adhérences formant gâteau, peuvent jouer le rôle de tumeurs et par leur compression arrêter le cours normal des matières intestinales.

Ces divers mécanismes sont plus ou moins fréquents; l'occlusion par l'appendice agissant seul comme agent constricteur et l'occlusion par brides ou adhérences sont les plus ordinaires, tandis que l'occlusion par compression est certainement la plus rare.

Nous allons passer en revue ces différents modes d'occlusion, mais avant de les étudier en détail, nous devons dire quelques mots de l'occlusion intestinale due à la péritonite provoquée par l'appendicite. Ces phénomènes occlusifs se rencontrent surtout dans les appendicites à rechute mais se rencontrent aussi au cours des crises aiguës de cette même maladie. Ils n'interviennent qu'à titre de symptômes et ne sauraient constituer à eux seuls toute la maladie. Ils sont le résultat d'une paralysie intestinale dont la démonstration est faite par le rétablissement du cours des matières après l'opération, alors que cette opération

n'a levé aucun obstacle matériel. A ce titre ils appartiennent au groupe des pseudo-occlusions et, dans le cas particulier, ils relèvent directement de l'appendicite et font partie intégrante de l'appendicite.

Leur pathogénie est extrêmement simple : c'est l'iléus paralytique, bien connu depuis la thèse de Henrot, en 1863, et le travail de Leichtentern. Il s'explique par la loi de Stokes. Selon cette loi, la couche musculieuse sous-jacente à une séreuse enflammée se paralyse. Cette paralysie entraîne la dilatation des anses par les gaz ; les anses ainsi météorisées se coudent, forment de véritables éperons au niveau des coutures, et ces valves saillantes intra-cavitaires empêchent la circulation des matières par une fermeture autoclave.

Nous avons tenu à dire quelques mots de ces pseudo-occlusions intestinales, ne serait-ce que pour les éliminer de notre sujet, et nous donnerons plus loin une observation de pseudo-occlusion intestinale par appendicite, pour bien différencier ces pseudo-occlusions des occlusions vraies que nous avons surtout voulu étudier.

a) L'appendice lui-même est agent constricteur.

En entrant dans l'étude des divers mécanismes entraînant l'occlusion de l'intestin, nous commencerons par envisager le cas où l'appendice est lui-même l'auteur de l'étranglement, le corps du délit.

Tout comme le diverticule de Meckel, l'appendice vermiculaire est capable à lui seul d'être cause d'une interruption dans le cours normal des matières en s'enroulant autour de l'intestin et en déterminant ainsi des nœuds plus ou moins compliqués.

Ce mécanisme implique forcément une certaine longueur de l'organe. Poirier, dans son *Traité d'anatomie*, signale au reste des appendices de 20 centimètres (Gegenbaur) ; 21 centimètres (Ribbert) ; 22 centimètres (Cruveilhier) ; 23 centimètres (Luschka) ; 24 centimètres (Georgieff). Bera relate un appendice trouvé par Emerson Brewer qui mesurait 11 pouces, c'est-à-dire plus de 25 centimètres. On conçoit qu'avec des liens de cette dimension

il soit facile d'opérer une striction sérieuse et durable. Mais, comme la longueur moyenne de l'appendice n'est guère que de 9 centimètres avec un écart normal de 6 à 12 centimètres, on voit que ce mode de striction doit être assez rare.

L'appendice, agent constricteur, peut donner lieu à l'étranglement de deux façons :

1° Tantôt le vermis est libre et il s'enroule autour d'une anse intestinale, l'étreignant dans un nœud qui est arrêté soit par l'ampoule terminale, soit par les adhérences de cette ampoule. A propos de ce mode de striction, Parise, en 1850, dans une communication à la Société de médecine, dit, après avoir passé en revue les différentes formes de nœuds : « Quelle que soit la forme du nœud, deux conditions sont nécessaires à la production de l'étranglement. Il faut : 1° que le diverticule soit assez long pour se nouer avec l'intestin ; 2° que son extrémité soit assez large pour se dilater en ampoule et maintenir la fixité du nœud. Cette ampoule fait l'office d'un boulon, ou mieux du nœud solide que l'on fait sur l'un des chefs d'un nœud coulant pour en assurer la solidité ». Nous croyons qu'en pareil cas les adhérences doivent avantageusement remplacer l'ampoule terminale.

2° Tantôt l'appendice se comporte comme une bride fixée à la paroi ou aux viscères, et l'intestin s'étrangle en s'engageant sous lui.

L'appendice peut, formant une bride, être tendu comme une corde rigide sous laquelle est aplatie une anse intestinale, ou encore, son extrémité libre est seule adhérente, le corps est légèrement incurvé et forme ainsi avec les parties avoisinantes un anneau dans lequel pourra être étranglée une anse intestinale.

Ces deux processus anatomo-pathologiques peuvent être nettement séparés dans les cas extrêmes, mais ils sont à leur limite voisins l'un de l'autre. Dans le premier cas, en effet, c'est une adhérence totale de l'appendice ; dans l'autre, l'adhérence est moins étendue, l'extrémité de l'appendice seule est prise, il n'y a donc qu'une différence du plus au moins et on peut imaginer tous les intermédiaires.

Au point de vue pathogénique, il n'en est cependant pas de même.

Dans le cas de la corde tendue et totalement adhérente, ce sera l'appendice qui, tombant malade, aura déterminé à son pourtour une péritonite et se sera ainsi fixé à l'anse qu'il aura aplatie : l'occlusion coexistera.

Dans le cas d'anneau, au contraire, il pourra ne pas y avoir occlusion immédiate, l'anneau n'étant pas encore suffisamment rétracté; de plus, l'anneau pourra parfois préexister à l'occlusion, en ce sens que celle-ci ne datera que du jour où une anse intestinale sera venue s'engager et s'étrangler dans son orifice.

Cette forme d'occlusion est identique à celle des hernies intra-abdominales; hernies dans la fosse duodéno-jéjunale, dans l'hiatus de Winslow, dans la fosse intersigmoïde et dans la fosse iléo colique.

b/ Les brides et les adhérences consécutives à l'appendicite sont agents constricteurs ou ont tordu ou coudé l'intestin.

L'occlusion, par ce mécanisme, est bien connue, nous nous trouvons en présence de l'ileus par étranglement avec ses deux types étiologiques et anatomiques principaux : l'étranglement interne et le volvulus.

Nous avons vu plus haut comment l'intestin s'étranglait en s'engageant dans l'anneau formé par l'appendice légèrement recourbé.

Nous allons étudier maintenant comment s'étrangle l'intestin en s'engageant sous une bride ou en se coudant sur elle.

Les brides qui étranglent l'intestin peuvent être congénitales ou acquises. Nous ne nous occuperons pas ici des brides congénitales qui sortent de notre sujet. Nous savons qu'elles résultent fréquemment de la persistance de quelques débris des vaisseaux omphalo-mésentériques.

Pour beaucoup de brides accidentelles, il n'y aurait pas d'autre origine à invoquer, d'après Fitz, qui insiste beaucoup sur la fréquence des brides congénitales. Il n'en reste pas moins

vrai que la plupart des brides sont acquises et résultent d'adhérences inflammatoires anciennes et, comme le fait remarquer Jalaguier, d'inflammations localisées du péritoine.

Or, si l'on se reporte à ce que nous avons dit plus haut, à savoir que, si l'on examine les causes les plus fréquentes de péritonite, on voit que chez l'homme l'appendicite est très souvent incriminée et que chez la femme, après l'utérus et les annexes, elle vient encore en seconde ligne; on peut donc conclure que si l'appendicite supporte à elle seule la responsabilité d'un grand nombre de péritonites, elle doit contribuer pour une large part à la formation de brides ou d'adhérences et les occlusions occasionnées par ces dernières méritent d'être portées au passif de cette appendicite.

D'autre part, nous savons aussi que l'appendicite peut, non seulement provoquer des lésions inflammatoires dans le voisinage de son foyer, mais encore à distance dans la cavité abdominale, par conséquent elle pourra contribuer à la formation de brides plus ou moins éloignées de la lésion primitive.

Acquises ou congénitales, les brides sont courtes ou longues. Les brides courtes adhèrent par leurs deux extrémités et sont tendues : tantôt de la paroi à l'autre (brides pariéto-pariétales), tantôt de la paroi à un viscère (brides pariéto-viscérales), tantôt d'un viscère à l'autre (brides inter-viscérales), de manière à constituer, suivant l'expression de Jalaguier, une sorte de pont sous lequel une anse vient s'engager.

L'intestin, engagé sous une de ces brides, se distend au-delà : il s'étrangle comme l'anse herniaire incarcérée ou bien se coude sur l'obstacle et y subit une striction par vive arête. Les brides longues peuvent s'enrouler autour de l'intestin.

Dans certain cas, au contraire, c'est l'intestin qui s'enroule ou qui se coude sur la bride à laquelle il est comme suspendu. Suivant Trèves, la plupart de ces brides sont des cordons fibreux du volume d'une sonde n° 4 ou n° 6. Cependant Terrier a fait une laparatomie pour un cas dans lequel la bride avait la grosseur du petit doigt.

Quelquefois on ne trouve qu'une bride ; d'autres fois on en ren-

contre plusieurs, et cela n'a rien de surprenant lorsqu'on se rappelle leur étiologie.

Les brides déterminent un arrêt du cours des matières intestinales par compression étroite. Leur mode d'action se rapproche ainsi de celui des diverticules, des anneaux accidentels, des hernies internes.

Les adhérences comme les brides dont nous venons de parler ont une origine commune, et, comme elles, elles ont une relation assez étroite avec l'appendicite. Leur mode d'action dans l'occlusion intestinale est presque identique à celui des brides. Comme elles, elles peuvent former des ponts où une anse intestinale pourra venir s'engager et s'étrangler. Par leur rétraction elles pourront couder l'anse où elles adhèrent. On peut enfin trouver des anses intestinales accolées à un organe. Il s'ensuit que l'intestin va être obligé de suivre cet organe dans tous ses déplacements. Que pour une raison ou pour une autre cet organe change de forme ou de place, l'anse entraînée pourra se couder au niveau de la portion adhérente, d'où occlusion.

Le volvulus paraît devoir complètement échapper à toutes ces causes d'occlusion que nous venons d'énumérer. Cependant si les lésions inflammatoires provoquées par l'appendicite paraissent être étrangères à sa formation, puisque l'on appelle volvulus la torsion d'une anse intestinale autour de l'axe formé par son méso, il n'en est pas moins vrai qu'elles peuvent puissamment contribuer à sa formation. La fixité de l'iléon terminal, en effet, par ces brides et ces adhérences facilite grandement la torsion du reste mobile de l'intestin grêle et par conséquent la formation du volvulus.

Nous terminerons cette question d'étranglement par brides d'origine appendiculaire en citant la communication qu'a faite M. Tavel (de Berne) au Congrès de chirurgie de Paris, 1903.

« Il y a, dit M. Tavel, une complication de l'appendicite qui est trop peu connue et qui, cependant, joue un rôle très important, c'est la péricolite cicatricielle qu'on voit succéder à des attaques d'appendicite.

» Tandis que quelquefois, l'appendice guérit sans laisser de

trace de son inflammation, les adhérences coliques consécutives subissent une dégénérescence cicatricielle, se transforment en brides plus ou moins résistantes avec tendance à la rétraction.

» Les conséquences cliniques de ces modifications anatomiques sont des plus importantes et se manifestent par des symptômes assez caractéristiques : douleurs locales, douleurs irradiées dans le dos, constipation ou diarrhée, vomissements, fièvre.

» Comme souvent on ne sent pas de tumeur bien circonscrite, on attribue à d'autres causes les malaises observés ; l'hystérie surtout sera mise en cause, ou bien les douleurs dans le dos feront penser à une spondylite.

» S'il y a tumeur, on pensera à la tuberculose, à l'actinomycose ou au cancer, ou si l'on n'a pas déjà enlevé l'appendice, on croira à une inflammation chronique de cet organe.

» Dans l'espace d'un an et demi, j'ai eu l'occasion d'observer sept cas de ce genre.

» Ces cas nous montrent, ajoute M. Tavel, qu'à chaque appendicectomie il faut reviser le côlon et extirper les adhérences qui peuvent entraver son libre fonctionnement. C'est parce que les chirurgiens négligent cette revision, comme je l'ai fait moi-même autrefois, que, si souvent, on n'obtient pas l'amélioration ou la guérison d'un état morbide attribué à tort à l'appendicite.

» En terminant, je rappelle que Gersuny a décrit pour le côlon descendant une adhérence péritonéale typique qui est le pendant à gauche de ma péricolite cicatricielle post-appendiculaire pour le côlon ascendant ».

Nous donnerons plus loin deux observations de péricolite citées par M. Tavel.

Cette communication confirme l'existence de brides péritonéales consécutives à l'appendicite, brides qui arrivent à produire l'étranglement de l'intestin. Ce qui se passe là pour le colon peut se passer ailleurs, dans n'importe quel endroit de la cavité abdominale.

c) Occlusion par compression.

Ce mode d'occlusion est extrêmement rare. Folliot, dans sa thèse, n'en cite que deux cas. Dernièrement, M. le professeur agrégé Venot a publié, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, novembre 1907, une observation d'occlusion intestinale survenue au vingt-unième jour d'une appendicite. Cette occlusion était due à un bloc compact d'adhérences qui enserraient la fin de l'iléon, déterminant une compression large de l'intestin.

Ce mode anatomo-pathologique et pathogénique des occlusions nous est révélé depuis trop peu de temps pour que nous puissions nous y étendre longuement.

Néanmoins, des trois cas que nous avons pu rencontrer, nous allons essayer de tirer quelques conclusions pathogéniques.

Le mécanisme de l'occlusion est d'ailleurs simple, c'est le mécanisme ordinaire de compression de l'intestin par une tumeur quelconque. Deux sortes de tumeurs peuvent ici entrer en jeu, l'abcès collecté ou l'amas compact d'adhérences.

Ce processus pathogénique implique plusieurs conditions; il faut : 1° que le contenu de l'abcès soit collecté dans une poche bien fermée, enkysté; sans quoi, fusant entre les anses intestinales, et obéissant aux lois de la pesanteur, il ne gênerait en rien le cours des matières; 2° il faut qu'il soit collecté sous une certaine tension afin que son action l'emporte sur la puissance d'expansion des anses intestinales; 3° il faut enfin que l'abcès, réalisant ces deux premières conditions, se trouve placé au « lieu utile ».

Pour que l'occlusion par compression soit possible, trois conditions sont nécessaires :

a) L'existence d'un plan résistant sur lequel la compression du segment intestinal puisse s'effectuer.

b) L'immobilité ou l'immobilisation de l'intestin sur ce plan, pour qu'il ne puisse échapper à la compression.

c) L'immobilité ou l'immobilisation de la tumeur.

Etudions donc dans quelles régions nous trouvons soit normalement, soit pathologiquement, les conditions énumérées plus

haut, nécessaires pour que l'occlusion par compression puisse se produire.

Nous savons que l'appendice se trouve normalement situé dans la cavité abdominale au niveau de la fosse iliaque droite. Or les plans résistants n'existent dans la cavité abdominale qu'en arrière, où la paroi est musculo-osseuse au niveau de la colonne vertébrale et dans la partie inférieure postéro-externe des parois latérales constituées, de chaque côté, par la fosse iliaque.

Au niveau de la fosse iliaque droite, existent donc les deux premières conditions de production, à savoir un plan résistant contre lequel se trouve le cœcum. L'occlusion est donc possible au niveau de ce point.

En réalité et d'après les observations que nous avons pu étudier, c'est plutôt un plan résistant pathologique que l'on trouve le plus souvent. Les masses d'adhérences englobent un segment intestinal et l'intestin sera comprimé comme dans un étouffoir.

L'abcès pourra lui aussi entourer complètement l'intestin et c'est la tension de cet abcès collecté qui comprimera les parois de l'intestin enclavé dans cette poche.

L'immobilisation de l'intestin et de la tumeur qui le comprime est ici un fait acquis, puisque l'on parle d'adhérences.

Enfin nous devons dire, pour terminer ce chapitre de pathogénie, que parfois le mécanisme de l'occlusion intestinale au cours de l'appendicite pourra être si compliqué que la relation de cause à effet deviendra d'une difficulté extrême.

Physiologie pathologique.

Les accidents qui se produisent après l'occlusion par appendicite sont absolument identiques à ceux qui suivent n'importe quelle variété d'occlusion. Quand l'arrêt de la circulation intestinale se produit, il y a intoxication de l'organisme par le poison fécal : la coprémie suit la coprostase.

C'est Barnes, vers 1875, qui, le premier, a attiré l'attention sur ce fait. Posner et Lewin l'ont démontré dans une communi-

cation faite à la Société de médecine berlinoise (janvier 1895). Ils ont pratiqué la ligature du rectum chez un certain nombre de lapins et ont constaté, au bout de dix-huit à vingt-quatre heures, l'infection de tout l'organisme par les bactéries intestinales. La même année, Tretze (*Semaine médicale*) a trouvé des microbes dans le liquide contenu dans le sac des hernies. Il a constaté que l'étranglement d'une portion de l'intestin a pour conséquence la pénétration des bactéries dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques et que cette pénétration existe non seulement au niveau de la portion étranglée, mais aussi dans tout le reste de l'intestin et surtout dans la portion sus-jacente à l'étranglement. On peut, dans une certaine mesure, apprécier cette intoxication générale de l'organisme par le dosage de l'indican urinaire.

CHAPITRE IV

Caractères cliniques différentiels.

Evolution. — Diagnostic. — Pronostic.

Nous ne voulons pas étudier tous les symptômes et de l'occlusion et de l'appendicite, cela nous entraînerait trop loin et ils sont bien connus. Nous insisterons seulement sur les particularités que peut présenter l'occlusion intestinale de cause appendiculaire.

Symptômes fonctionnels. — La douleur est variable comme intensité et comme siège, suivant le segment intestinal comprimé. Comme l'étranglement porte ici sur l'intestin grêle, elle est ordinairement violente.

Quelques troubles digestifs peuvent précéder l'apparition des accidents ; mais le plus souvent le début est brusque.

Le malade éprouve tout à coup une douleur vive, d'une acuité extrême, parfois déchirante et atroce (Obs. V), dans un point de l'abdomen, quelquefois dans la fosse iliaque droite (Obs. XIV et XV). Elle provoque une sensation indéfinissable, « comme si quelque chose se démolissait dans le ventre. »

On note également des coliques très fortes généralisées à tout l'abdomen.

Presque aussitôt se montrent des nausées, puis des vomissements. Ils sont parfois d'une grande fréquence, d'abord alimentaires, puis bilieux, enfin fécaloïdes (Obs. XV).

Le visage est petit et s'altère, les traits se tirent, les yeux s'excavent, le nez s'amincit et s'effile, le poulx devient petit et fréquent ; la constipation est complète, soit dès le début, soit après une ou deux évacuations. L'émission des gaz par l'anus

fait absolument défaut. Cet arrêt des matières et des gaz, qui constitue le symptôme capital de l'occlusion, survient plus ou moins rapidement suivant que l'oblitération du canal intestinal est progressive ou brusque. Dans le premier cas, les matières peuvent passer, mais elles sont plus ou moins déformées (aplaties, rondes), jusqu'à ce que survienne l'arrêt complet de la circulation intestinale. Dans le deuxième cas, l'arrêt est total dès le début. Il faut noter que dans certains cas d'occlusion rectale les gaz ne peuvent passer, tandis que les matières fécales sont évacuées.

Le ventre, souvent rétracté au premier moment, se ballonne après vingt-quatre ou trente-six heures (Obs. VIII). Les phénomènes de dépression s'accroissent, l'angoisse est inexprimable, la voix s'éteint, puis c'est le collapsus rapide et profond avec anurie à peu près absolue.

Suivant Trèves, l'étranglement de l'intestin par brides est surtout caractérisé par la grande faiblesse musculaire, par l'aspect horriblement anxieux du visage qui est contracté par la douleur.

En interrogeant soigneusement les antécédents du malade (Obs. IX, XV, XVI, XVII), on peut trouver quelquefois des signes qui appartiennent plus particulièrement à l'occlusion de cause appendiculaire. C'est ainsi que l'on découvre des signes non douteux d'une ou plusieurs poussées de péritonite antérieure à la suite de crises d'appendicite. Cette constatation est de la plus haute importance, car, nous avons eu l'occasion de le dire précédemment avec Jalaguier, les brides accidentelles relèvent le plus souvent d'inflammations localisées du péritoine.

Symptômes physiques. — La température ne présente aucun caractère spécial. En principe, elle devrait être égale ou au-dessous de la normale, mais parfois elle s'élève au-dessus (Obs. XIV).

« La température, dit Guinard (Traité de Le Dentu et Delbet), est souvent infidèle » et il cite un cas où le thermomètre marquait 39°, alors qu'il s'agissait d'une occlusion constatée pendant l'opération. Cependant l'exception n'élude pas la règle et,

le plus habituellement, une température au-dessus de la normale est plus en faveur d'une péritonite qu'en faveur d'une occlusion. En un mot, on ne pourra donc pas se baser sur ce signe pour le diagnostic de l'affection. C'est aussi l'avis de Tavel. Toutefois, il faut remarquer que l'on ne rencontre jamais de température extrêmement élevée. Par contre le pouls devient de plus en plus rapide à mesure que l'organisme s'intoxique et que l'état général devient de plus en plus mauvais, alors que la température baisse ou reste normale.

Quand cette dissociation existe, c'est que l'état est extrêmement grave (Obs. XIX).

Nous n'indiquons que rapidement les signes de l'occlusion variables avec son siège. L'occlusion de cause appendiculaire est en effet presque toujours « haut située », c'est l'intestin grêle qui, le plus souvent, est étranglé, et ce n'est que dans des cas extrêmement rares que le gros intestin pourra être atteint.

Tavel a très bien étudié cette question dans la *Revue de chirurgie* de 1903. Et c'est d'après son travail que nous donnons les signes suivants :

Si l'occlusion siège au niveau de l'S iliaque, le météorisme sera très accusé; le ventre est développé, saillant, du volume d'une grossesse à terme et plus. L'ombilic est déplié. Le côlon distendu forme ici le « cadre colique » où le doigt trouve le maximum de tension. Dans certains cas, on pourra retrouver dans le flanc gauche l'extrémité inférieure du côlon descendant rempli de matières fécales et donnant parfois la sensation d'une suite sinieuse de tumeurs. Le toucher rectal permettra de constater que le rectum n'est pas comprimé. Si on pousse une injection de liquide par l'anus, on verra qu'il est presque immédiatement évacué.

Si l'étranglement siège sur l'intestin grêle, le météorisme est moins intense et le ventre moins développé. Le cadre colique n'existe pas, mais on constate une tuméfaction de la région péri ombilicale, au niveau de laquelle se trouve le maximum de tension. Le toucher rectal ne donnera aucun renseignement et une injection poussée par le rectum sera très bien tolérée.

D'ailleurs, la marche ordinairement suraiguë des accidents aura vite montré que l'occlusion est « haut située ».

Les occlusions de cause appendiculaire ne semblent donc pas affecter de forme ni d'allures spéciales. On retrouve en elles les deux formes ordinaires des occlusions en général. La forme aiguë et la forme chronique.

La forme aiguë, que nous avons surtout en vue dans ce chapitre, sera celle qu'on observera dans le cas où l'appendice ou ses brides étrangleront l'intestin. La forme chronique se présentera plutôt dans le cas des adhérences qui auront réussi par un travail lent à couder l'intestin et à mettre ainsi peu à peu obstacle au passage de son contenu.

Evolution.

L'évolution est d'autant plus rapide que l'occlusion siège sur une partie de l'intestin située plus haut. M. le professeur agrégé Auché (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, octobre 1900) a étudié expérimentalement cette question. Il provoquait l'occlusion chez le lapin en faisant passer un segment intestinal dans un anneau en caoutchouc. Quand l'étranglement portait sur l'intestin grêle, les accidents étaient toujours rapidement mortels. Si l'anneau était placé à 20 centimètres du pylore, la mort survenait en moins de vingt-quatre heures ; s'il était placé à 1^m20, la mort ne survenait plus qu'au bout de quarante heures. Lorsque l'anneau est placé sur le rectum à quelques centimètres de l'anus, la marche des accidents est toute différente. Deux lapins opérés dans ces conditions survivent douze et quinze jours, sans aucun trouble. A l'autopsie, on trouve du sphacèle de l'intestin au niveau du sillon d'étranglement, une perforation plus ou moins étendue et de la péritonite par perforation. Dans un cas, l'exsudat contient du coli-bacille, dans l'autre, du bacille pyocyanique. « Ces expériences, dit l'auteur, confirment ce qui se voit en clinique. On sait en effet que l'obstruction, le séjour des matières fécales dans le rectum peuvent se prolonger assez longtemps sans déterminer de graves accidents ».

On peut conclure de là que l'étranglement de l'intestin grêle présente une marche suraiguë, et que l'étranglement du côlon descendant ou de l'S iliaque présente une marche subaiguë.

L'étranglement de l'intestin grêle se fait dans des conditions mécaniques analogues à celles des expériences précédentes. Il s'ensuit que le sphacèle des parois peut s'observer.

Il est à remarquer aussi que dans certains cas exceptionnellement rares et par exception à la règle, la marche des accidents peut être relativement lente.

Les données cliniques fournies par les observations que nous avons recueillies concordent parfaitement avec les notions précédentes. L'occlusion de cause appendiculaire est le plus souvent haut située, elle éclate brusquement, en pleine santé et parfois comme symptôme initial d'une crise d'appendicite; l'intoxication est violente, il y a de la coprémie aiguë, et la mort arrive ordinairement en quelques heures à moins d'intervention.

Diagnostic.

A priori, il semble que le diagnostic soit toujours chose facile. Dans des cas rares, chez un malade au cours d'une crise d'appendicite ou que l'on sait avoir eu l'appendicite, et présentant des symptômes d'occlusion, le médecin pourra faire le diagnostic d'occlusion de cause appendiculaire, mais dans la grande majorité des cas où l'appendicite est inconnue et où parfois l'occlusion se montre comme symptôme initial d'une appendicite, le diagnostic restera en suspens.

On ne trouve pas de symptômes particuliers bien nets. Chez certains malades, la douleur peut fournir une indication, c'est une douleur spéciale, plus intense qu'ailleurs et siégeant dans la fosse iliaque droite; chez d'autres, au contraire, le signe douleur ne fournit aucune indication sérieuse. La plupart du temps la douleur est diffuse, mal localisée, et quelquefois même son maximum peut se trouver à gauche alors que la lésion se trouve à droite.

La température ne nous fournit encore que des symptômes de probabilité.

Toujours ce sont les signes occlusifs ordinaires qui se manifestent avec leur cortège bruyant et qui ne fournissent que des renseignements imprécis pour le diagnostic étiologique, pour la localisation de la lésion anatomo-pathologique.

Le diagnostic différentiel n'est pas moins difficile.

Appendicite et occlusion se ressemblent sur plus d'un point. Les quatre symptômes essentiels caractérisant l'affection que l'on désigne sous le nom d'iléus : 1° l'arrêt complet des matières intestinales et des gaz; 2° des vomissements incessants, incoercibles, devenant fécaloïdes; 3° des douleurs vives et abdominales; 4° du météorisme, ne se trouvent-ils pas parfois dans l'inflammation du vermium?

L'intoxication péritonéale peut faire croire à une occlusion vraie, alors qu'il ne s'agit que d'une pseudo-occlusion.

L'embarras du clinicien sera plus grand encore quand il se trouvera en présence de la forme suraiguë de l'appendicite, de cette forme qui donne la péritonite septique foudroyante consécutive à la perforation du vermis, et qui, comme l'occlusion, est aussi hypothermique.

Vignaud, dans sa thèse, analyse les différents signes qui pourraient faire songer à une appendicite. « S'il y a appendicite, dit-il, elle a été précédée et préparée par un état pathologique antérieur. Analysons minutieusement ce qui s'est passé chez de tels malades, et nous constaterons dans les jours et dans les heures qui ont précédé l'éclosion des accidents : chez l'un, une indigestion ; chez l'autre, un refroidissement ; ailleurs, un traumatisme, une grippe, quelque infection légère. Nous verrons que l'un est atteint d'entérite muco-membraneuse, qu'il présente des alternatives de constipation et de diarrhée, qu'un autre souffre depuis longtemps de troubles digestifs liés à une dilatation de l'estomac, c'est-à-dire que nous trouverons, toujours à la source des accidents, l'une quelconque des causes à qui nous avons reconnu le pouvoir de déterminer l'infection de l'appendice ». Comme on peut facilement en juger, ces

signes sont trop précaires pour qu'on puisse porter un diagnostic ferme et bien établi.

D'après Dieulafoy, on trouverait dans l'appendicite une hyperesthésie cutanée plus ou moins généralisée à tout le ventre, mais surtout vive dans la région cœcale et qui n'existe pas ou n'existe qu'avec des caractères moins marqués dans l'occlusion mécanique.

Dans d'autres cas, il sera possible de constater le fameux signe que Wahl décrit ainsi : « Récapitulant ce qui précède, j'établis que dans certaines formes d'occlusion intestinale par étranglement ou volvulus, une portion déterminée de l'intestin prend dans l'abdomen une fixation et une distension anormales qui se traduisent à la vue par l'asymétrie de la forme du ventre et à la palpation soigneuse par une augmentation évidente de résistance ».

« Le ventre, dit le Dr Jeanne, présentant dans ce cas des bosselures et des dépressions, est comme vallonné ».

Le Dr Jeanne insiste sur un autre signe. La question se pose en somme de savoir s'il y a péritonite ou non. « Eh bien, dit l'auteur, explorons la sensibilité péritonéale et où pouvons-nous l'explorer de la façon la plus précise : dans le cul-de-sac de Douglas chez la femme, dans le cul-de-sac vésico rectal chez l'homme, tous deux accessibles par le toucher. Chez une femme, portez donc l'index dans le cul-de-sac vaginal postérieur; chez un homme, le plus haut possible dans le rectum. Maintenant faites avec l'extrémité du doigt de légers mouvements, frottez en quelque sorte la surface péritonéale qui en est si voisine; le toucher deviendra douloureux s'il y a péritonite et ne provoquera pas de douleurs s'il n'y a que l'obstruction mécanique ».

En somme, faut-il encore, pour que ce signe soit appréciable, que les lésions péritonéales offrent quelque étendue ! Mais quels renseignements peut-il nous donner quand l'inflammation n'a pas encore dépassé le feuillet séreux qui entoure l'appendice ? « Le seul signe constant, dit Vignaud, et qui permette toujours de diagnostiquer la phlegmasie latente, cause de l'occlusion, consiste dans l'examen du sang qui démontrera au cas d'appen-

dicite et de péritonite un léger retard dans la coagulation, un réticulum fibrineux plus dense avec une augmentation du nombre des leucocytes ainsi que l'a démontré Hayem ».

Ce signe, comme ceux que nous venons d'énumérer, est loin d'être infaillible; il ne peut, dans tous les cas, que rendre probable l'existence d'une inflammation, mais ne tranche pas la question de l'occlusion vraie et de la pseudo-occlusion.

Quoi qu'il en soit, si on arrive à affirmer l'occlusion vraie, on restera bien embarrassé pour dire où est l'obstacle et quelle en est la nature. La laparatomie seule lèvera tous les doutes. Cette laparatomie, tout en étant exploratrice, pourra être curative, mais c'est grâce à elle seulement que l'on entrera le plus souvent en possession de tous les éléments du diagnostic.

Pronostic.

Le pronostic de l'occlusion intestinale au cours de l'appendicite est toujours grave. L'occlusion est toujours « haut située »; or, nous savons que, dans ce genre d'occlusion, la mort survient au bout d'une quarantaine d'heures si l'on n'intervient pas.

Même après l'intervention, la mort survient toujours, sauf dans quelques cas heureux, mais rares. Sur une quarantaine d'exemples, Folliot ne trouve signalés que cinq ou six malades ayant guéri.

Le pronostic variera avec l'état général du sujet et surtout avec l'état local.

Les phénomènes généraux sont en effet liés à l'état de l'intestin et sont plutôt en rapport avec l'étroitesse de l'étranglement qu'avec son siège.

Si le pronostic est sombre, il n'y a rien d'étonnant dans le cas d'occlusion de cause appendiculaire. Il peut en effet y avoir ici, dans certains cas, superposition à l'intoxication provoquée par l'appendicite des effets mécaniques et rapidement infectieux de l'occlusion intestinale.

CHAPITRE V

Observations

Pseudo-occlusion intestinale.

OBSERVATION I

ALBARRAN et CAUSSADE, *Presse médicale*, 23 juillet 1898.

Occlusion intestinale aiguë.

Le samedi 5 mars dernier, M. V..., après avoir ressenti dans la journée des coliques intestinales, éprouve à 7 heures du soir de nouvelles coliques plus intenses et si vives qu'il a une syncope. M. Rocrieux, appelé en hâte, prescrit des opiacés. Une heure après un calme relatif s'établit et le malade peut être interrogé. Aux premières paroles adressées, un fait est établi tout d'abord d'une manière évidente, il s'agit d'une occlusion intestinale aiguë.

Depuis trois jours, constipation. Plus d'émission de gaz par l'anus. Les coliques survenues la veille augmentent en intensité. Appétit disparu. Pas de hoquets ni de vomissements. Nausées. Régurgitations à odeur fécaloïde ; ces dernières incessantes depuis le matin. Oligurie. Paroi abdominale tellement tendue, qu'il est impossible de la déprimer. Régions profondes inaccessibles. On peut cependant délimiter une douleur dans la partie la plus externe de la fosse iliaque droite. Les anneaux cruraux et inguinaux droits et gauches sont libres. Ni hernie, ni pointe de hernie au niveau de l'ombilic. Pas de fièvre ni d'hypothermie. Pouls régulier et ample. Le facies n'est pas grippé, les extrémités ne sont pas refroidies.

Intervention : On décide de pratiquer un anus contre nature. La

douleur ayant son siège maximum dans la fosse iliaque droite, c'est là que l'on fait porter l'incision. L'opération est pratiquée le lundi 8 mars, à 11 heures. Lavage de l'estomac préalable. On ramène deux litres de liquide fécaloïde.

Dès que le péritoine est incisé, on trouve une collection purulente, le pus est mal lié, et à odeur fécaloïde. La quantité est estimée à 40 grammes environ, renfermée dans une poche à parois peu épaisses. Cette poche est circonscrite autour du cœcum, et dans sa profondeur apparaît après lavage l'appendice replié sur lui-même, tortueux, grisâtre, aplati, adhérent au cœcum. Les anses intestinales ne sont ni coudées, ni bridées, ni enserrées par adhérences fibreuses. Aucun obstacle matériel susceptible de s'opposer au cours des matières fécales.

Drains, mèches de gaze, fermeture de la plaie.

Après l'opération, il fut aisé, en interrogeant le malade, d'apprendre que depuis plusieurs années il se plaignait de constipation. La constipation apparaissait chaque fois que le malade présentait des troubles dénommés par lui embarras gastrique. Douleur à ce moment dans la fosse iliaque droite. Le malade était en outre sujet à l'anorexie, à des nausées, à des éructations.

Ces crises d'embarras gastrique étaient sans nul doute des attaques appendiculaires dans l'intervalle desquelles persistaient une certaine pesanteur et des tiraillements siégeant toujours dans la fosse iliaque droite. C'est bien là l'histoire de l'appendicite à rechute, laquelle en général est considérée comme bénigne en raison de son évolution lente, torpide, froide le plus souvent et facilitant les adhérences et les enkystements. Il était évident que la cause de l'occlusion intestinale était l'appendicite.

Le surlendemain de l'opération, débâcle. Disparition du météorisme, appétit revenu. Le pouls est régulier. Mais malgré ces bonnes apparences, il existe une grande faiblesse, le facies est terreux et la mort survient quelques jours après.

L'appendice lui-même est agent constricteur.

OBSERVATION II (résumée).

In statistique DUCHAUSSOY.

Pascal R..., 62 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 9 mars 1819, dans le service du Dr Mortier. Tous les symptômes de l'iléus. On trouve une hernie inguinale droite volumineuse mais qui fut vite mise hors de cause pour le diagnostic. Il ne restait donc à faire que la supposition d'un étranglement interne ou d'une péritonite, et dans les deux cas, aucune opération à tenter.

Sangsues, fomentations et lavements émollients, petit lait.

Mort le 13 mars, quatre jours après l'entrée.

Ouverture du cadavre. — Hernie bien rentrée dans le ventre. Tout l'intestin est rouge, recouvert d'une couche albumineuse non encore organisée. Les huit derniers pouces de l'intestin formaient une anse dont la convexité regardait en bas et qui était fortement étranglée par l'appendice cœcal. Cet appendice passait d'abord au devant de l'extrémité supérieure de l'anse, se continuait ensuite en arrière, et revenait enfin au-devant, en passant au-dessous de sa terminaison grêle dans le cœcum et en dessus de l'endroit où l'appendice naît de cet intestin, de manière à former un nœud complet. L'extrémité libre de l'appendice se trouvait elle-même fortement étranglée et enflammée, avait le volume d'une noix et ressemblait à une portion d'intestin grêle, au point qu'il me fut impossible de le reconnaître. En examinant de plus près cette extrémité renflée, je m'aperçus que dans un point la membrane séreuse et la musculieuse étaient rompues et que la muqueuse, restée intacte, faisait légèrement hernie. Cette muqueuse elle-même se rompit par une faible pression et il sortit de l'extrémité tuméfiée de l'appendice une matière gélatineuse, liée, assez consistante et parfaitement semblable, pour la couleur, à de la gelée de groseille. Dès que cette matière se fut échappée, l'extrémité s'affaissa et le nœud que formait l'appendice n'étant plus retenu par le renflement de son extrémité, se défit lui-même. C'est alors seulement que l'on reconnut bien la disposition des parties qui était telle qu'elle vient d'être décrite.

L'étranglement était formé immédiatement par le mésentère de l'appendice, qui, étant plus court que l'appendice lui-même, serrait très fortement l'anse de l'intestin grêle. Aussi cette anse était-elle noire et affaissée sur elle-même.

Le cul-de-sac du cœcum était effacé par le tiraillement que lui avait fait éprouver l'appendice.

OBSERVATION III (résumée)

RAIMBERT. *In* statistique DUCHAUSSOY.

Trois anses d'iléon de couleur noire sont étranglées par l'appendice iléo-cœcal qui s'est relevé et porté de haut en bas et de gauche à droite, pour revenir de droite à gauche, où son extrémité grosse comme le pouce, rougeâtre et distendue par du mucus, vient faire saillie entre les anses intestinales ; la constriction est très forte et il faut couper l'appendice. La maladie avait duré trois jours.

OBSERVATION IV (résumée)

CORIVAUD. *In* thèse FOLLIOU.

Clarisse J..., 20 ans, entre à l'hôpital le 7 avril 1872. Diagnostic : Occlusion intestinale. Mort le 13 avril.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate une tuméfaction considérable avec météorisme de l'estomac et d'une grande partie de l'intestin grêle, une autre partie est au contraire affaissée, revenue sur elle-même et présente une coloration lie de vin assez intense. Certains endroits sont poisseux au toucher ; quatre ou cinq anses intestinales placées à peu près au centre de la cavité abdominale et que contourne l'appendice iléo-cœcal commencent à s'agglutiner entre elles, mais se laissent facilement décoller.

En cherchant dans la fosse iliaque droite à relier les parties dilatées aux parties affaissées, on découvre un double étranglement de l'intestin grêle par l'appendice iléo-cœcal. Cet appendice, fortement dilaté et congestionné dans ses deux cinquièmes inférieurs, est dévié

de sa position normale : il se dirige transversalement en dedans, passe au devant d'une première anse intestinale qu'il étrangle entre lui et l'origine du gros intestin, puis va enlacer une seconde anse intestinale qu'il étrangle aussi en se repliant sur lui-même et va enfin s'insérer sur le mésentère auquel il est soudé par des adhérences récentes et peu résistantes. Il y a donc un double étranglement de l'intestin grêle par l'appendice cœcal.

Les fragments d'intestin étranglés les premiers sont encore libres dans l'anneau et on peut les faire glisser de haut en bas ; ce sont les deux extrémités d'une anse longue d'environ 5 mètres. L'extrémité inférieure de cette anse étranglée est distante d'environ 40 centimètres de la valvule iléo-cœcale.

Le second étranglement porte sur un fragment de la grande anse de 5 mètres déjà étranglée et long d'environ 20 centimètres. Ce fragment est distant de la valvule iléo-cœcale d'environ 2 mètres.

Toute la partie de l'intestin qui est au-dessus de l'étranglement est considérablement distendue par les gaz ; les parois en sont à peu près normales, le mésentère est intact. Mais, la partie de l'intestin comprise entre les deux étranglements et qui a, avons-nous dit, une longueur de 5 mètres, a une coloration rouge lie de vin. La muqueuse est épaissie, les parois affaissées et la lumière du canal a disparu. Dans le voisinage, le mésentère est épaissi et congestionné. Les surfaces en sont poisseuses et légèrement adhérentes, signes de péritonite partielle et récente.

Dans la partie inférieure de l'intestin grêle, au-dessous de l'étranglement, la coloration est beaucoup plus pâle, la congestion beaucoup moins intense.

OBSERVATION V

LAPEYRE, Congrès de chirurgie, 1903. *In* thèse FOLLIOU.

M^{me} P..., 49 ans, a souffert à diverses reprises de douleurs vives dans le ventre. Ces douleurs ont toujours été passagères, ne durant que quelques heures.

Brusquement, dans la nuit du 9 au 10 novembre 1902, elle est

prise de douleurs atroces dans le ventre, ayant leur intensité maxima autour de l'ombilic. Dès ce moment, il y a arrêt complet des matières et des gaz. Des vomissements bilieux apparaissent de suite, le ventre se ballonne.

Un médecin est appelé seulement le 10 au soir; sous l'influence d'un purgatif et d'un lavement avec une grande sonde, une selle est obtenue, mais aucun gaz n'est rendu.

Le lendemain soir, aggravation brusque. Les vomissements deviennent fécaloïdes, le pouls devient faible et rapide, le ballonnement augmente, T. : 37,8.

La malade, à ce moment, refuse l'appel du chirurgien. Le lendemain seulement, devant l'aggravation des accidents, pouls à 130, vomissements incessants, tendances aux syncopes, la malade est amenée à ma maison de santé à midi 30.

La douleur a complètement disparu, le ventre est très ballonné; cependant les régions latérales, le gros intestin paraissent indemnes. Le diagnostic posé est : Occlusion aiguë portant sur l'intestin grêle vers sa terminaison. La cause reste insoupçonnée.

La laparotomie médiane sous-ombilicale est pratiquée immédiatement.

Du liquide, en qualité appréciable, s'échappe du ventre.

La main, portée vers la fosse iliaque droite, rencontre immédiatement une masse dure qui donne la sensation d'un néoplasme de l'intestin.

Il est impossible d'attirer dans la plaie cette masse qui reste fixée dans la fosse iliaque droite.

En prolongeant en haut l'incision et en plaçant un grand écarteur, le point malade est mis à découvert. Ce que sentait le doigt, c'était l'appendice fixé et rigide, tendu comme une corde et écrasant sous lui une anse grêle. Tout dégagement est impossible. Je dois placer deux pinces sur l'appendice, de chaque côté de l'anse comprimée et sectionner entre elles le vermis au-dessus de l'anse serrée.

Immédiatement celle-ci se dégage, faisant irruption brusque en avant.

Des plaques noirâtres existent au niveau du sillon d'étranglement, cependant l'intestin paraît susceptible de vivre.

Cette anse est amenée dans la plaie sous des compresses et je m'occupe d'extirper chacun des deux segments de l'appendice.

La partie cœcale est saine et facilement réséquée. Reprenant l'autre segment, je m'aperçois que toute la portion située au delà du point qui réalisait l'étranglement est gangrenée.

L'appendice est perforé, baigne dans un liquide fétide; une boulette stercorale est tombée dans la fosse iliaque, une autre est encore incluse dans la partie gangrenée.

Le méso-appendice est aussi sphacélé; l'extrémité de l'appendice adhère à l'intestin et au pelvis et est difficile à détacher.

Drainage avec un gros drain et une mèche dans la fosse iliaque droite.

L'anse malade est amenée dans la plaie et fixée au péritoine pariétal pour permettre l'inspection.

Au quatrième jour après l'opération, la malade prend du bouillon et du lait, ne vomit pas, rend des gaz par l'anus.

L'anse isolée dans la plaie ne présente aucune trace de sphacèle.

Au sixième jour, l'état s'aggrave. Les gaz s'arrêtent. T. : 37,4.

Je pratique une légère ouverture à l'intestin. Au bout de quelques heures, amélioration marquée qui dure deux jours.

Le neuvième jour, affaiblissement brusque. Refroidissement, teinte cyanosique de la face.

Mort le dixième jour.

Le fait le plus intéressant à noter dans cette observation est l'absence d'attaque d'appendicite dans les antécédents. Cependant, il s'était fait dans la fosse iliaque droite un travail inflammatoire aboutissant à des adhérences de l'appendice qui ont été la cause de l'étranglement. Il ne peut s'agir d'une hernie de l'intestin dans la fossette iléo-cœcale, car au cours de l'opération, les constatations faites ont établi très nettement le mécanisme de l'étranglement.

C'est donc l'appendice lui-même qui a joué le rôle d'une bride étranglant l'intestin, ainsi que le fait aussi parfois le diverticule de Meckel.

OBSERVATION VI

In thèse CHOIGNON.

L'appendice vermiforme va adhérer à un kyste de l'ovaire droit; mais, avant de l'atteindre, il forme un lien autour de la partie supérieure de l'iléon et du commencement du côlon ascendant. La constriction n'est pas égale pour ces deux intestins, car l'iléon, entre le point étranglé et le commencement du côlon, était rempli de fèces liquides. L'intestin était au contraire vide au-dessous de l'étranglement du côlon qui paraissait imperméable.

OBSERVATION VII

In statistique DUCHAUSSEY.

Une anse d'iléon est étranglée par l'appendice vermiculaire contourné en anneau; son extrémité libre passant par dessous, puis de dehors en dedans par dessus la portion étranglée et venant former, avec l'extrémité adhérente, un nœud si parfait qu'on aurait peine à l'imiter sur le vivant. Longueur de l'intestin étranglé : 10 pouces; durée de la maladie : 8 jours. Les symptômes avaient débuté 12 jours après un accouchement normal et on avait pensé à une péritonite puerpérale.

L'appendice enlace une ou plusieurs anses intestinales.

OBSERVATION VIII

In thèse FOLLIOT (RUDAUX et CHARTIER).

Le 12 octobre, à 5 heures du soir, arrive en ambulance, à la maternité Boucicaut, une femme de vingt-sept ans qui meurt quelques instants après son entrée. On constate un ballonnement très prononcé du ventre, un liquide noirâtre s'échappe de la bouche et des narines. Le corps est cyanosé.

Deux heures auparavant elle a expulsé un fœtus de quatre mois environ. L'examen du fœtus permet de penser que sa mort est toute récente; il ne présente aucune lésion cutanée. La délivrance n'est pas encore faite.

Les renseignements qu'on a pu obtenir sont très incomplets. Au dire du mari, cette femme vigoureuse a toujours été bien portante. Elle a eu une première grossesse à vingt-trois ans, terminée par l'accouchement normal d'une fille morte à onze mois d'une affection pulmonaire aiguë. Une deuxième grossesse à 25 ans, également normale, l'enfant est très bien portant actuellement. Aucun de ses accouchements n'a été suivi d'infection. A aucun moment de sa vie cette femme n'avait souffert du ventre.

Le 10 octobre au matin, elle a été prise brusquement, sans prodrome, de douleurs atroces dans le ventre, la sage-femme appelée pense à un avortement, on calme les douleurs avec du laudanum. Les 10, 11, 12 octobre, les vomissements continuent, l'état général est très mauvais et ce n'est qu'après l'expulsion du fœtus, deux heures avant sa mort, que l'on se décide à la faire transporter à l'hôpital.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate des lésions de péritonite aiguë; il s'écoule un liquide purulent peu abondant. Les anses intestinales sont agglutinées, tapissées de fausses membranes très épaisses, retenant de petits abcès, le tout formant un paquet, derrière un épiploon épaissi et infiltré.

Les anses grêles sont très distendues, contrastant avec le gros intestin contracté. A l'examen de la région iléo-cœcale, on constate que la dernière portion de l'iléon forme une anse étranglée par un étroit collet.

Cette anse est violacée et présente dans sa partie moyenne une ulcération allongée d'où s'échappe son contenu. L'anneau constricteur est formé de l'appendice et de son méso, recourbés sous l'anse étranglée et terminés par une bride passant en avant pour adhérer fortement au mésentère au niveau de sa continuation avec le méso-appendice.

L'utérus est tapissé de fausses membranes; il ne présente aucune trace de déchirure ni de perforation. Le placenta est désinséré et

tombé dans le segment inférieur. La paroi interne ne présente aucune trace d'inflammation.

Le foie est recouvert de fausses membranes.

Les reins et les poumons sont congestionnés.

Le cœur ne présente aucune altération macroscopique.

On se trouve donc en présence d'un étranglement interne avec gangrène et perforation de l'anse étranglée. L'agent de l'étranglement est un anneau, véritable anneau herniaire, formé par l'adhérence de l'extrémité de l'appendice, continué par une bride résultant probablement d'une ancienne appendicite restée cliniquement méconnue.

OBSERVATION IX

Communiquée par M. le professeur agrégé CHAVANNAZ, *in* thèse FOLLIOU.

E. B..., 33 ans, occlusion intestinale datant de cinq jours. Rien de particulier dans les symptômes.

Le malade dit avoir toujours eu une bonne santé. Cependant il aurait éprouvé, il y a dix-sept ans, des douleurs assez violentes dans le ventre et localisées plus particulièrement dans la fosse iliaque droite.

Laparatomie médiane, le 30 juillet 1904. A l'ouverture du ventre, l'attention est attirée dans la région cœcale par le volume que présentent le cœcum et la partie ascendante du côlon. On trouve dans cette région des adhérences fibrineuses pas très solides. Les anses intestinales sont agglomérées ainsi par des adhérences qui paraissent récentes. En relevant la masse intestinale, on aperçoit profondément dans le petit bassin plusieurs anses intestinales aplaties, serrées par une sorte de cordon. Celui-ci est sectionné et l'on met des morceaux de côté pour l'analyse microscopique (car on soupçonne que ce cordon doit être l'appendice).

A peine ce cordon est-il sectionné que les anses se remplissent. L'obstacle est donc levé. En poussant plus loin l'investigation, on découvre trois anses grêles situées plus haut dans la grande cavité abdominale et unies par des adhérences fibreuses libérables aux ciseaux seulement.

L'opération est longue et pénible, surtout en ce qui concerne la délivrance des anses grêles agglutinées au fond du petit bassin.

Le cordon fibreux, cause de l'étranglement a été examiné, par M. le professeur agrégé Sabrazès qui, à la disposition des fibres musculaires dans la coupe, peut affirmer qu'il s'agit de l'intestin. L'absence de la muqueuse et du tissu lymphoïde empêche de déterminer la portion d'intestin dont il s'agit.

Le malade, mourut vingt-quatre heures environ après l'opération.

Chez ce malade tout porte à croire que l'appendice était bien l'agent d'étranglement et que les douleurs éprouvées, il y a dix-sept ans, n'étaient autre qu'une appendicite dont les effets occlusifs se sont produits à longue échéance.

OBSERVATION X

In statistique DUCHAUSSOY.

L'appendice adhérait à la dernière portion de l'iléon et à son mésentère; il formait une bride transversale sous laquelle une anse de la fin de l'iléon s'était introduite en se tordant sur elle-même. Toute la partie étranglée, 10 à 12 pouces, était violemment enflammée, noire en plusieurs points, ainsi qu'une partie de la bride. La maladie avait duré vingt et un jours.

OBSERVATION XI

In thèse FOLLIOU.

L'extrémité de l'appendice adhérait au mésentère et formait un cordon sous lequel l'iléon était étranglé.

OBSERVATION XII

In thèse FOLLIOU.

L'appendice, au point précis de son origine, était tordu sur lui-même et comme étranglé; il était d'un rouge brun foncé, avait la

longueur du petit doigt et était très épais. L'anse d'iléon emprisonnée mesurait 27 pouces. La maladie dura douze jours.

Des brides ou des adhérences sont agents constricteurs et ont coudé ou tordu l'intestin.

OBSERVATION XIII

In thèse COITIER.

J... (Léon), 3 ans, entre salle Denonvilliers, le 2 décembre 1897, pour une appendicite. On intervient le 13 décembre. Les suites opératoires sont bonnes; la guérison cependant est retardée par une petite fistule stercorale au niveau du fil de la suture. Exéat, guéri, le 18 janvier.

Revenu dans le service le 1^{er} juillet 1898. Deux jours avant l'entrée, vives douleurs dans le ventre. Depuis, aucune émission de gaz par l'anus. Le vendredi, un lavement est rendu presque intact. A l'entrée : vomissements bilieux noirâtres, ventre peu douloureux, assez souple, pas de douleur localisée, submatité dans la fosse iliaque droite, facies péritonéal.

Opération faite le soir à 6 heures. Pensant à une récédive au niveau de l'appendice, on fait une première incision au-dessous de l'ancienne; un peu de sérosité dans le péritoine, cœcum sain. Deuxième incision médiane qui permet de trouver dans la fosse iliaque droite, par la palpation (l'intestin n'est pas dévidé), une anse intestinale figurant un U dont les deux branches sont accolées à leurs extrémités par une double bride qui est sectionnée. Suture de la paroi; sérum.

Suites : Le cours des matières et des gaz ne s'est pas rétabli, vomissements nettement fécaloïdes, mort le lendemain matin.

Autopsie. — Pas d'autre étranglement, mais, derrière le côlon et le cœcum, un paquet d'anses grêles agglutinées entre elles. Au niveau du cœcum, on retrouve la surface de section de l'appendice absolument intacte.

OBSERVATION XIV

In thèse COITTIER.

Augusta M..., 11 ans, entrée salle Giraldès, le 4 juillet 1896. Début le 1^{er} juillet, vomissements, douleurs, fièvre augmentent.

A l'entrée : T. 42,2, pouls 120, vomissements porracés, ventre ballonné; douloureux dans l'effort, douleurs localisées dans la fosse iliaque droite. Pas de tumeur ni de matité. Incision iliaque et drainage.

Suites opératoires excellentes jusqu'au 6 août. Vomissements porracés, constipation. Lavement sans effet. Le 12, ballonnement du ventre. Le 14, vomissements bilieux; pouls, 150, facies altéré, ventre peu douloureux. T. : 39,2.

Le 14, laparotomie médiane. Pas d'exsudat ni de fausse membrane sur le péritoine. On trouve dans le bassin trois brides épiploïques, dont une grosse comme le petit doigt, qui étranglent l'intestin. Intestin grêle très distendu; gros intestin aplati. Section des brides entre deux ligatures. Aussitôt après l'opération, vomissements fécaloïdes; pulsations si fréquentes qu'on ne peut les compter; mort.

Autopsie. — Appendice vide, sans lésion à l'œil nu. Plusieurs anses intestinales grêles sont agglutinées et forment un magma dans le petit bassin.

OBSERVATION XV (résumée).

In thèse BLANC.

Thérèse X..., 12 ans, entre le 24 janvier 1900, à la maison Dubois. Pas d'antécédent personnel ni héréditaire.

Depuis six mois, douleurs dans le ventre du côté droit, un peu de constipation.

21 janvier : Douleur violente, en barre, dans le ventre. Vomissements alimentaires.

22 janvier : Vomissements bilieux dans la nuit, pas de selle ni de gaz.

23 janvier : Vomissements glaireux, douleurs très vives. Un lavement ne produit rien. Pas de selles ni de gaz.

Le 24 : même tableau, malade plus abattue.

Entrée à la maison Dubois : Pouls 88, facies bon et tranquille. Urines rares, ventre non ballonné, plutôt en bateau, palpation douloureuse à gauche, défense musculaire. Un peu de douleur bien localisée au point de Mac Burney. Tympanisme partout.

Le soir, la malade a cru rendre quelques gaz.

Le 25 : Pas de vomissement, mais pas de matière ni de gaz. La malade a mal dormi.

Le 26 : Pouls 96. T. : 37°. La suppression absolue des selles malgré les lavements, jointe à l'absence des gaz et à ce symptôme important que la malade rend toujours ce qu'elle prend, font penser à une occlusion possible et décident à une intervention d'urgence.

Opération : Sous le chloroforme, on remarque une voussure et un empatement à gauche de l'ombilic. Le ventre ouvert, on s'aperçoit que c'est le côlon transverse rempli de matières fécales qui donne cette impression de voussure et d'empatement dont nous venons de parler. L'intestin grêle est complètement revenu sur lui-même, comme aplati et cela, dans toute son étendue, jusqu'à l'abouchement de l'intestin dans le cœcum.

On se demande s'il ne s'agit pas d'un étranglement très élevé, duodénal par exemple ; on cherche de ce côté, on ne trouve rien. On déroule l'intestin grêle et à un doigt ou deux de l'appendice on aperçoit une bride fibreuse qui va d'une anse grêle à une autre anse grêle et qui aplatis fortement, mais sans faire le tour, une anse intermédiaire aux deux anses précédentes.

Cette constatation permet aussitôt de se rendre compte : 1° du passage signalé les jours précédents de quelques gaz ; 2° de l'absence de sphacèle de l'intestin que l'on craignait de rencontrer, eu égard à la date déjà relativement éloignée du début de l'accident.

Quoi qu'il en soit, on sectionne cette bride et on cherche, par mesure de précaution, l'appendice. On trouve quelques traces de péritoine du cœcum et l'appendice lui-même est un peu rouge, un peu vascularisé.

Cette remarque est intéressante, car elle permet de supposer que,

peut-être, une poussée de péritonite péri-appendiculaire a été l'origine de la bride qui a déterminé l'occlusion.

Suites opératoires très bonnes. Guérison sans incident.

OBSERVATION XVI

In thèse COITTIER.

Pierre J..., 40 ans, entré salle Legendre le 23 février 1899. A été opéré d'une appendicite le 23 juillet 1898 par Blum. Subitement l'enfant s'est plaint de coliques et a eu des vomissements bilieux, c'était sa première crise. Opéré le lendemain, on a fait la résection de l'appendice que l'on a trouvé plein de pus. La plaie s'est bien cicatrisée, sans fistule ni éventration.

Depuis, excellent état, appétit bon, aucune douleur, selles régulières.

A un an de là, un dimanche soir, l'enfant a été pris de coliques violentes par crises. Constipation absolue depuis le dimanche 19 février, aucune émission de gaz. Soigné dès le dimanche, a un peu de fièvre, 38°.

Amené à Trousseau le 23 février 1900 : Contractions intestinales violentes. L'enfant a été traité par des purgatifs salins, des lavements ; aucun résultat.

A l'entrée, on constate un facies grippé, des yeux excavés, une peau terreuse, l'abdomen est tendu, météorisé.

Intervention immédiate le 23 février. Incision médiane sus et sous-ombilicale de 20 centimètres de long. On arrive sur l'épiploon, derrière la paroi. Introduction de la main vers la fosse iliaque droite où on sent la jonction entre les parties distendues et affaissées de l'intestin.

Le tout amené au dehors, y compris les anses météorisées, protégées par des compresses, on voit une bride qui serre l'intestin grêle à sa jonction avec le cœcum : section, ligatures, réduction.

Mort le 23 février au soir.

OBSERVATION XVII

LE FORT, Société de chirurgie de Paris, 1904.

Double crise d'appendicite grave, il y a cinquante ans. Aucun antécédent abdominal pendant cette longue période. A l'âge de 72 ans, occlusion intestinale par coudures multiples de l'intestin et torsion du mésentère dues aux brides émanant de l'ancien foyer péri-cœcal. A l'intervention, on trouve l'appendice coupé en deux et le bout distal greffé sur le péritoine voisin.

Ce qui est remarquable, ici, c'est l'époque extrêmement retardée des accidents et le brusque éclat, au bout d'un demi-siècle de trêve, d'un ileus mortel que l'opération permet de rattacher à une appendicite ancienne bien démontrée.

Etat alarmant. Régurgitations fécaloïdes. Hypothermie. Pouls petit et irrégulier. Le malade n'a pas souffert du ventre depuis 49 ans. Il avait alors été atteint, à six mois d'intervalle, de deux crises douloureuses abdominales, extrêmement violentes qui l'avaient obligé à s'aliter.

Laparatomie médiane. Cœcum vide. Anses grêles affaissées et grises. On déroule l'une d'elles ; au bout d'un mètre environ, elle cesse de venir, elle tient et se dirige vers le bassin, en se pliant en canon de fusil.

Une large bride en éventail s'insère sur elle ; la bride se bifurque et doit être sectionnée en plusieurs points et disséquée. D'autres brides enserrant et coudent les anses voisines et l'on reconnaît que tous ces tractus, toutes ces adhérences se dirigent de la fosse iliaque droite au petit bassin. Le cœcum porte un moignon d'appendice long de 1 cent. 5, de volume normal, effilé en pointe et qui paraît bien fermé. A cinq centimètres de là, le reste de l'appendice, long de 4 centimètres, d'épaisseur normale, fermé à ses deux bouts, entièrement indépendant du moignon cœcal, est enchâssé dans une large bride péritonéale émanant du cœcum. Il s'agit là sans aucun doute d'un vieux, très vieux foyer d'appendicite.

Plus haut, à gauche et en arrière, l'anse aplatie s'engage dans un

trou bordé par une épaisse bride qui paraît formée par le mésentère. Il s'agissait là d'une torsion en masse du mésentère.

Mort le lendemain soir.

L'autopsie ne montra rien de plus que l'opération.

L'occlusion relevait donc d'un double mécanisme : coudures multiples par brides iléo-pelviennes, torsion mésentérique. La fixité de l'iléon terminal par ces brides et ces adhérences a grandement facilité la torsion du reste mobile de l'intestin grêle.

OBSERVATION XVIII

LAPEYRE, *In* thèse FOLLIOT.

Alfred B..., garçon de 15 ans, tailleur de pierres, très vigoureux, n'a jamais été malade jusqu'au mois de juin 1901.

A ce moment, fièvre intense avec phénomènes abdominaux. Est transporté à l'hôpital de Tours, avec le diagnostic fièvre typhoïde. Ce diagnostic est changé en celui d'appendicite quelques jours après. Le traitement médical amène la disparition rapide des accidents. Il quitte l'hôpital. Il ne ressent plus rien jusqu'au 7 octobre 1901.

A cette date, il est pris brusquement d'une douleur atroce s'étendant à tout le ventre, maxima vers l'ombilic. L'arrêt des matières et des gaz est complet. Vomissements violents. Traitement médical ne donne rien. Le ballonnement devient énorme; facies mauvais, vomissements fécaloïdes. T. : 36,2. Pouls, 130.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Une anse grêle, énormément dilatée, vascularisée, se présente dans l'incision; elle est noirâtre, poisseuse, couverte d'un exsudat fibrineux.

Cette anse est tordue sur elle-même, a subi un volvulus complet.

Le grand épiploon se trouve enfoui au milieu des anses intestinales. Son angle inférieur droit adhère à la fosse iliaque droite. Le bord gauche adhère aussi à la fosse iliaque gauche. Ces deux adhérences sont libérées en les coupant entre deux pinces.

Du côté droit, il est fusionné avec le péritoine pariétal de la fosse iliaque sur une certaine étendue. En cherchant à la dégager, je le libère aussi du cœcum et de l'appendice qui m'apparaissent.

L'appendice, long et volumineux, turgescant et enflammé, est engainé dans une portion de l'épiploon altéré et malade.

L'appendice dégagé est réséqué avec les portions altérées d'épiploon.

L'épiploon se relève et flotte. L'anse grêle, atteinte de volvulus, est dès lors facilement détordue et remise en situation normale.

Le grand épiploon reste enfoui au milieu des anses intestinales; quelques-unes continuent à rester au devant de lui.

Réunion complète de la paroi sans drainage.

Suites opératoires bonnes. Guérison complète.

Rien de plus curieux que l'analyse du mécanisme de production de ce volvulus.

La gêne opposée par le grand épiploon enfoui et fixé dans les fosses iliaques, au fonctionnement d'une anse intestinale passée au devant de lui, en a été la cause déterminante.

Le grand épiploon, de son côté, n'a pu continuer à flotter au devant de la masse intestinale, parce que les adhérences de ses angles inférieurs l'immobilisaient.

Une anse grêle s'est alors glissée entre lui et la paroi abdominale antérieure. Mais ces adhérences elles-mêmes étaient le résultat de l'attaque appendiculaire survenue il y a quelques mois et enrayée par l'inflammation protectrice de ce même épiploon.

Le lien qui unit l'appendicite initiale au volvulus terminal se trouve ainsi établi.

OBSERVATION XIX

In thèse VIGNAUD.

Clémence M..., 19 ans, est prise, le 8 octobre 1898, brusquement, de symptômes appendiculaires qui ne cèdent pas au traitement médical. Les vomissements continuent, deviennent bilieux, puis fécaloïdes. Pas de selle. Le ventre se ballonne. Devant ces manifestations d'occlusion intestinale, on pense à une intervention chirurgicale. La malade ne se décide que le 16 octobre, sept jours après le début des accidents, à entrer à l'hôpital.

T., 36,4; pouls, 130.

Incision parallèle à l'arcade crurale, ponction du péritoine qui

est épaissi, il sort un jet de liquide séro-purulent à odeur fétide qui indique que l'intestin est déjà perforé.

Un doigt introduit dans la cavité péritonéale, par l'incision agrandie suffisamment, permet de reconnaître que les intestins sont recouverts de fausses membranes et agglutinés entre eux. On ne rencontre ni bride ni agent quelconque d'occlusion. En présence d'une perforation et d'une péritonite purulente, je juge qu'il est inutile d'aller plus loin. Je donne issue au liquide et crée un anus artificiel qui fonctionne aussitôt abondamment.

Après l'opération, amélioration de courte durée. Dix heures après mort.

Autopsie. — Les intestins sont couverts de fausses membranes molles qui font adhérer les anses les unes avec les autres et avec l'épiploon qui les recouvre. En particulier, les anses de l'iléon, au voisinage du cœcum, décrivent des sinuosités coudées où les matières fécales ne pourraient circuler, en supposant que la tunique musculaire n'eût pas été paralysée par l'inflammation.

Du pus en assez grande quantité se trouve accumulé dans le petit bassin. En soulevant la masse intestinale, on voit que l'appendice iléo-coecal est adhérent au détroit supérieur et entouré de suppuration. Cet appendice, qui est rouge, enflammé, présente vers son extrémité libre une ulcération ovale de 1 centimètre de longueur. Aucune autre partie de l'intestin ne présente de lésion pouvant expliquer la production de la péritonite.

L'appendice renfermait un haricot.

Rien à noter dans les autres organes.

OBSERVATION XX

DEMOULIN, *in* thèse BÉRA.

Demoulin rapporte un cas dans lequel l'appendice était complètement détruit et n'était plus représenté que par un petit moignon fibreux à la base du cœcum. Une corde épiploïque adhérente avait d'abord été prise pour l'appendice, et des adhérences péritonéales solides réunissaient le cœcum à l'iléon en déterminant une courbure brusque de ce dernier.

Péricolite cicatricielle.

OBSERVATION XXI

TAVEL, Communication au Congrès de chirurgie de Paris, 1903.

Appendicite opérée à froid à la clinique chirurgicale, le 4 mai 1902.
Aucune amélioration des symptômes ; la malade marche courbée à cause des douleurs.

Diagnostic : péricolite.

A l'opération, le 4 mars 1903, je trouve une bride étranglant le bas du côlon ascendant.

OBSERVATION XXII

TAVEL, Communication au Congrès de chirurgie de Paris, 1903.

Depuis dix ans, accès répétés de pérityphlite. Depuis un an, les douleurs sont intolérables, si bien que la malade, quoique très craintive, se décide à l'opération exécutée le 5 mai 1903.

Je trouve l'appendice libre, sans adhérence ; tandis que le côlon ascendant est étranglé à sa partie moyenne par une forte bride. Depuis, santé excellente.

Des abcès ou bloc compact d'adhérences d'origine appendiculaire peuvent provoquer l'occlusion.

OBSERVATION XXIII

SAUZÈDE, in thèse FOLLIOU.

Homme de 21 ans. Arrivé le 20 mars 1870 dans le service de M. le professeur Schietzenberg, avec des symptômes qui font penser à une péritonite consécutive à une lésion du cœcum, ou de l'appendice cœcal.

La situation est très grave pendant trois ou quatre jours. Après quelques ponctions gazeuses qui ont détendu le ventre, on sent dans

le flanc droit une tumeur dure et allongée. Pensant que là gisait l'obstacle, on opère. On évacue ainsi une collection purulente considérable, limitée par des adhérences nombreuses, collection entourant complètement le cœcum, et nul doute que la cause de l'arrêt des matières fécales n'ait été l'adossement des parois du cœcum par le pus qui l'entourait. On n'a pas trouvé d'autre cause d'étranglement.

OBSERVATION XXIV

DELBET, Congrès de chirurgie, 1903.

Enfant de 6 ans, a eu une crise appendiculaire très grave. Opération refusée. L'enfant guérit.

Six ans après, le 20 mars 1902, seconde crise. T. 37°5. Pouls 110. On suppose une infection par anaérobies et, dans la crainte de la gangrène infectieuse, le Dr Delbet intervient immédiatement.

Première opération le 24 mars. Appendice congestionné compris dans une gangue d'adhérences anciennes.

Du 30 mars au 30 avril : état satisfaisant.

Le 10 mai, sans cause, l'enfant se met à vomir.

Le 11, il ne peut rien prendre. Il ne rend par l'anus ni gaz ni matières. Lavements à l'huile de ricin, rien. Le ventre se ballonne, vomissements fréquents, température tombe à 36°.

Deuxième opération. Le 12 mai, intervention.

Dégagement du cœcum et des dix derniers centimètres de l'iléon. Je tombe en dedans de celui-ci sur une masse confuse. En décollant l'intestin de proche en proche, je me rends compte qu'il y a trois anses intestinales qui, montant et descendant verticalement, sont accolées en formant un W dont les branches seraient en contact immédiat, le tout collé sur le détroit supérieur. Il existe là des adhérences fibreuses extrêmement dures; je les dégage à grand-peine et finis par libérer trente-cinq centimètres d'intestin. Pendant ces manœuvres, la musculature est déchirée en nombreux endroits, mais la muqueuse est intacte. Dans la concavité d'un coude intestinal, je trouve de plus un abcès gros comme un œuf de pigeon, je l'évacue, je répare au surjet la muqueuse en trois points.

Dans un quatrième point, il existe une dénudation de la muqueuse longue de trois centimètres, comprenant les deux tiers de la circonférence de l'intestin; je ne puis l'oblitérer. L'opération a duré déjà une heure et demie; faire une entérectomie, c'est tuer le malade. J'abandonne l'anse et draine.

En somme, il y avait là deux lésions des adhérences anciennes expliquant la dyspepsie chronique, un abcès qui avait provoqué l'occlusion.

Le malade extrêmement bas après l'opération se relève peu à peu ensuite. Son état général s'améliore et il finit par guérir complètement.

OBSERVATION XXV

In thèse VIGNAUD.

Désiré B..., journalier, 26 ans, tombe malade le 10 janvier. Symptômes d'appendicite.

Le 14, vomissements fécaloïdes. Prostration marquée, traits tirés et amaigris, yeux enfoncés, pouls petit et rapide. Le malade n'a rien rendu par l'anus. Ventre uniformément ballonné.

Opération : Laparotomie médiane.

Anses intestinales congestionnées, dépolies et distendues par les gaz. En dévidant l'intestin grêle, on trouve qu'en un point l'iléon change brusquement de calibre et d'aspect. Au lieu d'être distendu par les gaz, il est rétracté, vide et à peine gros comme le petit doigt.

A la surface, on voit des fausses membranes opalescentes et jaunâtres, ayant déterminé l'étranglement, et cela sur une longueur de 0^m50 centimètres environ, jusqu'à la valvule iléo-cœcale. Le cœcum est exploré; l'appendice étant entouré de fausses membranes est lié et réséqué.

L'opération se termine normalement. Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION XXVI

Publiée par M. le professeur agrégé VENOT, *Journal de médecine de Bordeaux*,
23 novembre 1907.

Jeanne F..., 40 ans, couturière, demeurant à Bordeaux, entre le 13 septembre 1905 à l'hôpital Saint-André, salle 4, lit 24, dans le service de M. Dubourg que j'avais l'honneur de suppléer. M. Desqueyroux, interne du service, me donne sur cette malade les renseignements suivants :

Le 17 août 1905, après une nuit passée à confectionner un costume de deuil, Jeanne F... est prise brusquement, vers neuf heures du matin, de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, avec vomissements et fièvre. Son médecin, le docteur Rivals, diagnostique une appendicite et la traite en conséquence. La maladie évolue d'abord d'une façon assez bénigne, mais, le 25 août, la malade est reprise de vomissements et de douleurs intenses dans la fosse iliaque droite. Au bout de quelques jours, les phénomènes s'apaisent et le docteur Rivals peut constater dans la fosse iliaque droite l'existence d'un gros empatement.

Le 7 septembre, les selles, qui jusqu'alors avaient été régulières, plus ou moins abondantes, s'arrêtent complètement et, *depuis ce jour, la malade n'a rendu par l'anus ni gaz ni matières*. Malgré toutes les tentatives, l'évacuation libératrice ne se produit pas ; la situation devient de plus en plus grave et, sur l'insistance de son médecin, la malade se décide à venir à l'hôpital.

Je la vois à onze heures du matin, après une séance opératoire : le ventre est très ballonné et uniformément ballonné, les anses intestinales se dessinent sous la peau ; il est partout douloureux à la pression, mais plus particulièrement au niveau de la fosse iliaque droite. Douleurs spontanées atroces sous forme de coliques. Vomissements alimentaires et bilieux. L'état général est précaire, la langue est rôtie, le pouls filiforme à 120, les urines rares ; T., 36,6.

On sent dans toute la fosse iliaque droite un empatement diffus ; le toucher vaginal et le toucher rectal, que je fais pratiquer par un externe, ne donnent aucune indication.

J'ajoute, pour compléter l'observation, que Jeanne F... a une bonne santé habituelle. A 14 ans, elle a eu une fièvre typhoïde grave; depuis, elle a eu la grippe quatre ou cinq fois. Jamais de grossesse; toujours bien réglée; constipation ordinaire.

Je fis le diagnostic d'occlusion intestinale due à une appendicite et décidai d'intervenir immédiatement et d'inciser au niveau de l'empâtement.

Chloroforme. Incision de 12 centimètres, suivant le bord externe du muscle droit. Le péritoine ouvert, je me trouve en présence d'un véritable bloc d'adhérences que je détruis partiellement tant bien que mal. Je puis isoler en partie le cœcum et constater qu'il est vide. En décollant les adhérences, j'ouvre, en arrière et en dedans du cœcum, un petit abcès d'où s'écoule environ un dé à coudre de pus. Poursuivant la libération intestinale, je détermine accidentellement sur l'iléon, à 2 ou 3 centimètres du cœcum, une petite fissure par où s'échappent des gaz; les parois de l'intestin sont, à ce niveau, enflammées et friables.

Ayant détruit ainsi une grande partie des adhérences qui enserraient l'intestin, je jugeai bon de ne pas prolonger l'opération, à cause de l'état de la malade, et plaçai dans la plaie deux gros drains et deux mèches de gaze stérilisée; quelques points de suture pour rétrécir l'incision.

Pendant l'opération, caféine, sérum, etc.

Après l'opération, le soir, T., 36,6; pouls, 120; quelques vomissements. Le lendemain, pansement souillé d'un peu de matière intestinale liquide, T., 37,8 le matin, 39° le soir; pouls 120, régulier, assez bien frappé.

Le deuxième jour, lavement, quelques gaz et un peu de matières par l'anus.

A partir de ce jour, sous l'influence tantôt de lavements, tantôt d'une purgation, la circulation intestinale se rétablit peu à peu, les douleurs disparaissent, la température s'établit autour de 37°, la fistulette intestinale se tarit, la malade s'alimente et enfin, au bout d'un mois, complètement guérie, elle quitte l'hôpital.

Cette femme a pu reprendre toutes ses occupations.

Quelque temps après sa sortie de l'hôpital, il s'est produit une

éventration pour laquelle elle a porté un bandage. Elle a conservé une excellente santé jusqu'à ces derniers mois. Cette année (1907), il y a quelques mois, elle fut reprise d'une attaque d'appendicite sans occlusion. Elle entra dans le service de M. le professeur Demons, qui lui enleva son appendice à froid et fit la cure de son éventration. Elle guérit complètement à la suite de cette seconde intervention.

Dans cette observation, il ne s'agit pas d'une occlusion par le mécanisme ordinaire de la bride appendiculaire ou péritonéale, mais d'une compression étendue de l'intestin par un amas d'adhérences récentes et serrées. Enfin, la malade a heureusement guéri, terminaison exceptionnelle de l'occlusion intestinale de cause appendiculaire. Folliot, en effet, constate que, à part quelques cas heureux, la mort est presque toujours survenue.

CHAPITRE VI

Traitement.

Nous n'avons pas relevé de mode spécial d'étranglement particulier à l'appendicite, le traitement des occlusions en général devient donc par suite applicable aux occlusions consécutives à l'inflammation du vermis.

Dans la *Revue de Hayem*, 1888, Pierre Delbet donne l'analyse d'un travail de Lenhartz intitulé : « Du traitement de l'occlusion intestinale aiguë ».

Le plus souvent, ce qui empêche la laparotomie et ce qui compromet ses résultats, c'est l'état général des malades; aussi, au lieu de perdre un temps précieux à affiner le diagnostic, il faudrait, dès qu'on a constaté l'occlusion, transporter le malade dans un service de chirurgie. Le lavage de l'estomac, dans le cas d'occlusion aiguë, a de grands avantages, mais, comme l'opium, il a l'inconvénient de tromper le médecin et le malade sur les dangers du mal. Aussi faut-il poser comme règle la nécessité d'opérer dans tous les étranglements internes à forme aiguë ».

Autrefois, avant la période antiseptique, on n'osait pas intervenir chirurgicalement. Aussi le traitement médical était-il employé tout seul. On essayait de rétablir la circulation intestinale en sondant le rectum, en donnant des purgatifs énergiques et des lavements répétés. Quand ce traitement échouait, on avait recours à de timides opérations chirurgicales.

Dans le cas qui nous occupe, l'occlusion est presque toujours haut située. Ici la marche des accidents est ordinairement suraiguë. Le plus souvent on sera appelé à pratiquer une opé-

ration d'urgence et cela parce que l'on ne pourra pas être certain du diagnostic. Dans cette variété d'occlusion où les accidents acquièrent une gravité extrême, le traitement médical dirigé contre l'intoxication devra être plus énergique que jamais. On devra de plus administrer des lavements par l'anus, faire de l'entérocluse pour enlever des voies digestives situées en aval de l'obstacle les matières fécales sur lesquelles la bile, dont on connaît le pouvoir antitoxique, ne peut plus exercer d'action. Il est entendu aussi qu'avant d'intervenir on aura pratiqué, si on le peut, quel que soit d'ailleurs le siège de l'occlusion, un lavement électrique suivant la méthode de Boudet, au cas possible où l'on aurait affaire à une occlusion due simplement à une paralysie de l'intestin.

L'intervention chirurgicale sera variable suivant que l'on veut simplement lutter contre les accidents de l'occlusion, ou enlever l'appendice ou les obstacles de cause appendiculaire ayant déterminé l'arrêt de la circulation intestinale. Dans le premier cas, on pratique une opération palliative : l'anus contre nature qui ne fait que remédier à l'occlusion. Dans le second cas, on pratique la cure radicale.

La première méthode pourra être suivie dans des cas où l'on prévoit des difficultés opératoires extrêmes, une opération longue et laborieuse, qui sera nécessairement mal supportée par un malade affaibli. On pourrait alors recourir à la méthode suivante qui comprend deux temps. Dans le premier temps, on pratique l'entérostomie, opération rapide et facile qui fait cesser les accidents actuels d'occlusion et qui n'est qu'une opération d'attente ; dans un second temps on pratique la cure radicale de l'appendicite et des causes ayant déterminé l'occlusion. Le chirurgien opère ici « à froid », suivant l'heureuse expression de Tuffier.

Mais on a fait à l'anus contre nature différents reproches. Second disait qu'avec cette opération on ne risquait pas de tuer le malade, mais qu'on le laissait mourir.

Ce reproche est ici vrai, parce que l'anus artificiel est placé trop haut.

Devons-nous donc conseiller la cure radicale? Nous savons qu'elle s'applique aux cas dans lesquels une opération d'urgence est absolument nécessaire, comme ici, où nous avons affaire à une occlusion à marche aiguë, suraiguë même, siégeant sur l'intestin grêle, occlusion pour laquelle l'anus contre nature placé trop haut, donnerait de mauvais résultats.

Le chirurgien aura-t-il réellement le choix d'une opération? Pour nous, dans des cas à marche si rapidement mortelle, il n'y a pas de règles opératoires bien délimitées, aussi nous rallions-nous pleinement à ce que dit Folliot dans sa thèse : « En présence d'une occlusion aiguë, l'eclectisme thérapeutique n'est plus de mise, il faut opérer. On fera la laparotomie et on recherchera la cause des accidents, si cette cause est trouvée, on la lèvera. Si les recherches sont infructueuses, on fixera une anse dilatée à la paroi et on attendra les événements. Si le malade est à la période ultime, on pratiquera d'urgence l'anus artificiel ».

Aurait-on avantage à choisir pour la laparatomie une incision médiane ou une incision latérale? La solution de cette question dépend d'un diagnostic qui malheureusement est presque toujours impossible. A moins d'avoir des raisons particulières de soupçonner la fosse iliaque droite, c'est à l'incision médiane, plus commode pour l'inspection du ventre, qu'il faudra s'adresser. On évitera ainsi l'aléa d'une double laparotomie.

Folliot dit dans sa thèse : « Il existe un traitement prophylactique des occlusions de cause appendiculaire, c'est l'appendicectomie. Puisque l'appendicite donne des occlusions, faisons la cure radicale de cette appendicite et nous supprimons ainsi ce terrible accident qui constitue l'iléus. Des brides, des adhérences pourront encore subsister à l'appendicectomie, mais ces cas sont extrêmement rares ». Segond l'a dit : « On n'opérera jamais trop d'appendicites ». Et d'autre part Dieulefoy écrit dans son traité de pathologie interne : « On ne se repent jamais d'avoir opéré l'appendicite, on se repent souvent de ne pas avoir opéré ou d'avoir opéré trop tard ». Et plus loin il ajoute : « Trop souvent même, après guérison apparente, le feu couve

sous la cendre, l'appendice est là menaçant, prêt aux récides, prêt à la perforation, prêt aux infections secondaires :

Hæret lateri, lethalis arundo. »

En tant que prophylaxie des accidents d'occlusion intestinale, nous ne partageons pas cette manière de voir. Songeons que nous parlons d'occlusion à la suite d'appendicite et non pas d'appendicite elle-même. La prophylaxie de l'occlusion de cause appendiculaire consiste-t-elle dans l'appendicectomie, existe-t-elle en réalité ? Non, nous ne sommes pas maîtres d'arrêter, même en réséquant le vermium, cette fabrication de toutes ces productions pathologiques qui deviennent dans l'avenir, même lointain d'un appendiculaire, ce gros point noir si menaçant qu'est l'ileus. Pour être à peu près certain de supprimer les brides et les adhérences appendiculaires, il faudrait pouvoir opérer l'appendicite, trente-six heures après son début. Or, qu'arrive-t-il dans la pratique courante : le malade fait d'abord appeler son médecin qui le soigne pendant un certain laps de temps et ce n'est que plusieurs jours après le début de la maladie que le chirurgien est appelé, c'est-à-dire alors que le vermium a déjà pu commencer à entourer l'intestin d'une trame de brides ou d'adhérences, alors que l'occlusion a déjà pu éclater. D'ailleurs, le chirurgien, même assistant à l'éclosion de l'appendicite, se risquera-t-il, à moins de cas absolument urgent, à entreprendre cette opération extrêmement grave, qu'est l'appendicectomie à chaud ?

Encore une fois, nous ne sommes pas maîtres d'empêcher la formation des brides ou des adhérences causées par l'appendicite, et l'ileus au cours de l'appendicite, heureusement rare, reste toujours menaçant dans l'avenir d'un appendiculaire.

CONCLUSIONS

I. L'appendicite, de même qu'elle donne dans ses formes graves des symptômes pseudo occlusifs relevant seulement de la paralysie intestinale, peut être aussi la cause directe ou indirecte d'étranglements vrais.

II. L'occlusion intestinale au cours de l'appendicite est une complication assez rare. Elle apparaît à tous les âges de la vie et à n'importe quel moment de l'évolution de l'appendicite.

L'appendicite n'a pas que des effets localisés à la région iléo-cœcale, à la manière des abcès métastatiques, son inflammation pourra être propagée à distance dans tout l'organisme et en particulier à distance dans la cavité abdominale, créant de la sorte des lésions secondaires, discontinues avec la lésion initiale. Tantôt l'iléus dynamique sera voisin de l'angle iléo cœcal, tantôt il en sera plus ou moins éloigné, tantôt l'appendicite et l'occlusion coexisteront, tantôt enfin l'occlusion suivra à plus ou moins longue échéance. Accidents à distance, dans l'espace et dans le temps, tout est possible.

III. L'occlusion se produit par des mécanismes divers :

- 1° L'appendice lui-même est agent constricteur ;
- 2° Des brides péritonéales et des adhérences consécutives à l'appendicite peuvent étrangler ou couder l'intestin ;
- 3° Des abcès ou un bloc compact d'adhérences d'origine appendiculaire peuvent comprimer l'intestin ;
- 4° Le mécanisme pourra être si compliqué que la relation de cause à effet deviendra d'une difficulté extrême.

IV. Les signes cliniques différentiels de l'occlusion par appendicite n'existent pas.

Les occlusions vraies de cause appendiculaire semblent se comporter tout comme les autres occlusions.

Le diagnostic est généralement extrêmement difficile. La laparotomie seule donne des renseignements complets.

L'évolution est rapide, l'occlusion étant « haut située ».

Le pronostic est toujours extrêmement grave.

V. Le traitement doit être dirigé :

1° Contre les accidents d'occlusion ;

2° Contre l'appendicite.

Il faudra lever l'obstacle, si on le trouve, et si la recherche a été infructueuse, obéir aux indications du moment soit en faisant la cure radicale, soit en pratiquant un anus artificiel.

L'occlusion intestinale au cours de l'appendicite est une indication opératoire urgente.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse
Dr L. LANDE.

VU : *le Doyen,*
A. PITRES

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 3 janvier 1908.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBARRAN et CAUSSADE. — Appendicite avec occlusion intestinale aiguë. *Presse médicale*, 23 juillet 1898.
- AUCHÉ. — Étranglement expérimental de l'intestin. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, octobre 1900, n. 40, p. 471.
- BAUBY. — L'occlusion intestinale, Masson. Paris.
- BLANC. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale par brides. Thèse Paris, 1899-1900.
- BRENNER. — Laparotomie dans la pérityphlite et résection de l'appendice vermiculaire. *Wien. med. Wochenschrift*, 1888.
- CAHIER. — Les occlusions aiguës de l'intestin. Bibl. Charcot-Debove, Paris, 1896.
- CHOIGNON. — Des adhérences de l'appendice vermiculaire avec les organes avoisinants dans les opérations intra-abdominales. Thèse Lyon, 1893-94.
- COITIER. — L'avenir des appendiculaires. Thèse Paris, 1898-1899.
- COLLET. — Pathologie interne. Articles *Occlusion intestinale*, *Appendicite* et *Péritonite*.
- CORIVAUD. — Etranglement intestinal par l'appendice. Thèse Montpellier, 1873.
- DELBET (Paul). — XVI^e congrès de chirurgie. Paris, 1903, séance du 23 octobre.
- DIEULAFOY. — Pathologie interne. Articles *Appendicite*, *Occlusion intestinale*.

- DUCHAUSSEY. — Mémoires de l'Académie de médecine, 1860, t. XXIV.
- EPRON. — Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale par les fibro-myomes utérins. Thèse Bordeaux, 1901-1902.
- FOLLIOT. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales vraies de cause appendiculaire. Thèse Bordeaux, 1904-1905.
- FORGUE. — Pathologie externe. Articles *Occlusion intestinale*, *Appendicite*, *Péritonite*.
- GUINARD. — Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet. Article *Occlusion intestinale*.
- HAYEM. — Le sang.
— *Revue des sciences médicales*.
- JACCOUD. — Pathologie interne. Articles *Occlusion intestinale*, *appendicite* et *Péritonite*.
- JALAGUIER. — Article *Occlusion intestinale*. Traité de chirurgie Duplay et Reclus.
- JEANNE. — *Normandie médicale*, 1^{er} février 1899.
- LACROUSILLE (DE). — Valeur sémiologique de l'indicaturie. Thèse Paris, 1901.
- LAPEYRE. — Seizième Congrès de chirurgie. Paris, 23 octobre 1903.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.
- LEJARS. — Traité de chirurgie d'urgence.
- LENHARTZ. — *Deut. med. Woch.*, p. 907, n. 42, 1887. Zur Behandlung der acuten inneren Darmwerschliessung. Traitement de l'occlusion intestinale aiguë.
- MARSHALL. — Société médicale de Westminster, 12 décembre 1846.
- MONDAIN. — Des pseudo-étranglements de l'intestin. Thèse Paris, 1902-1903.
- PARISE. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVI, 1851.
- PEYROT. — De l'intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin. Thèse d'agrégation Paris, 1880.
- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine.
- POSNER et LEWIN. — *Berliner klinischer Wochenschrift*, 1895, n. 6.
- TALAMON. — Appendicite et péri-typhlite, 1892.
- TAVEL. — Seizième Congrès de chirurgie. Paris, 23 octobre 1903.
- TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.
- TILLAX. — Anatomie topographique.

TRÈVES (F.). — De l'obstruction intestinale, ses variétés, pathologie, diagnostic et traitement. Londres, 1884.

TRÈVES. — « Anat. of the intest. canal and perit. ». *British med.*, juin 1885.

TRETZE. — *Semaine médicale*, 1895.

VIGNAUD. — L'appendicite dans ses rapports avec l'occlusion intestinale aiguë et chronique. Thèse Paris, 1899-1900.

VENOT. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 23 novembre 1907.

VORONOFF. — De la péritonite à foyers multiples dans l'appendicite. Thèse Montpellier, 1899-1900.

V WAHL. — *Centralblatt für chirurgie*, 1889.

